

Buku Referensi

KEPERAWATAN KOMUNITAS BERBASIS KELUARGA

Dalam Penanggulangan Stunting
dan Penyakit Kronis

Rahmad Gurusinga
Ethyca Sari
Flora Sijabat
Siti Solihat Holida
Riyanto



BUKU REFERENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS BERBASIS KELUARGA DALAM PENANGGULANGAN STUNTING DAN PENYAKIT KRONIS

Penulis:

Dr. Rahmad Gurusinga, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Ethyca Sari, S.Kep., Ns., M.Kes.

Flora Sijabat, S.Kep, Ns., MNS.

Siti Solihat Holida, S.Kp., MM., M.Kep.

Ns. Riyanto, M.Kep., Sp.Kom.

Buku Referensi Keperawatan Komunitas Berbasis Keluarga dalam Penanggulangan Stunting dan Penyakit Kronis

Penulis:

Dr. Rahmad Gurusinga, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Ethyca Sari, S.Kep., Ns., M.Kes.

Flora Sijabat, S.Kep, Ns., MNS.

Siti Solihat Holida, S.Kp., MM., M.Kep.

Ns. Riyanto, M.Kep., Sp.Kom.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Muhamad Ilham

ISBN: 978-634-7756-26-8

Cetakan Pertama : Mei, 2026

Hak Cipta 2026

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Undang-Undang RI Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

Copyright © 2026

Penerbit Optimal Untuk Negeri

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : optimaluntuknegeri.com

Instagram : @bimbel.optimal

Tiktok : @maskokooo



PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan
Jakarta Barat

Anggota IKAPI No. 653/DKI/2025

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas tersusunnya buku referensi berjudul "Keperawatan Komunitas Berbasis Keluarga dalam Penanggulangan Stunting dan Penyakit Kronis." Buku ini disusun sebagai sumber rujukan bagi mahasiswa keperawatan, dosen, perawat komunitas, tenaga kesehatan, peneliti, serta pemangku kebijakan dalam memahami peran strategis keluarga dan komunitas dalam menghadapi masalah kesehatan masyarakat. Stunting dan penyakit kronis merupakan dua persoalan penting yang membutuhkan pendekatan menyeluruh, berkelanjutan, dan berbasis keluarga agar upaya pencegahan, perawatan, serta peningkatan kualitas hidup masyarakat dapat berjalan secara optimal.

Buku ini membahas secara sistematis epidemiologi stunting dan penyakit tidak menular di Indonesia, mulai dari konsep dasar epidemiologi, prevalensi dan tren stunting, determinan stunting, perkembangan penyakit tidak menular, hubungan antara stunting dan penyakit tidak menular sebagai beban ganda kesehatan, hingga konsekuensi serta strategi intervensi kesehatan masyarakat. Selanjutnya, buku ini menguraikan asuhan keperawatan keluarga pada risiko stunting, peran perawat dan keluarga, konsep dasar risiko stunting, serta penerapan asuhan keperawatan yang berorientasi pada pencegahan dan penanganan masalah gizi dalam keluarga.

Selain itu, buku ini juga memuat pembahasan mengenai manajemen penyakit kronis berbasis rumah, peran keluarga dalam perawatan, manajemen diri pasien, edukasi kesehatan, monitoring kondisi pasien, kepatuhan terapi, serta strategi intervensi berbasis rumah. Pembahasan dilengkapi dengan edukasi dan pemberdayaan keluarga, model pemberdayaan dalam keperawatan komunitas, faktor keberhasilan, hambatan, serta dampaknya terhadap penurunan stunting dan pengelolaan penyakit kronis. Pada bagian akhir, buku ini menekankan pentingnya kolaborasi lintas sektor dan kebijakan kesehatan sebagai landasan dalam memperkuat pelayanan keperawatan komunitas yang responsif, terintegrasi, dan berkelanjutan bagi masyarakat Indonesia.

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB 1 EPIDEMIOLOGI STUNTING DAN PENYAKIT TIDAK MENULAR DI INDONESIA

1

A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Dasar Epidemiologi.....	2
C. Prevalensi dan Tren Stunting di Indonesia	4
D. Determinant Stunting di Indonesia.....	6
E. Prevalensi dan Tren Penyakit Tidak Menular di Indonesia.....	9
F. Hubungan Antara Stunting dan PTM (Double Burden).....	11
G. Konsekuensi Kesehatan Masyarakat.....	14
H. Strategi Intervensi dan Pencegahan	16
I. Penutup.....	18
Referensi	19
Glosarium	20

BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA RISIKO STUNTING.....

25

A. Pendahuluan.....	25
B. Dampak Resiko Stunting.....	26
C. Peran Perawat pada Permasalahan resiko <i>Stunting</i>	27
D. Peran Keluarga dalam masalah Resiko Stunting	29
E. Konsep Dasar Resiko Stunting.....	30
F. Asuhan Keperawatan Pada Resiko Stunting	35
G. Penutup.....	37
Referensi	38
Glosarium	40

BAB 3 MANAJEMEN PENYAKIT KRONIS BERBASIS RUMAH.....

43

A. Pendahuluan.....	43
B. Konsep penyakit kronis	44
C. Manajemen Penyakit Kronis Berbasis Rumah	47
D. Peran Keluarga dalam Perawatan Penyakit Kronis	50
E. <i>Self-Management (Manajemen Diri Pasien)</i>	53

F. Edukasi Kesehatan Berbasis Rumah.....	57
G. Monitoring dan Evaluasi Kondisi Pasien	61
H. Kepatuhan Terapi (Adherence)	69
I. Peran Perawat Komunitas.....	75
J. Strategi Intervensi Berbasis Rumah	79
K. Tantangan dan Hambatan	84
L. Penutup.....	88
Referensi	89
Glosarium	90
 BAB 4 EDUKASI DAN PEMBERDAYAAN KELUARGA.....	93
A. Pendahuluan.....	93
B. Konsep Edukasi Keluarga Dalam Keperawatan Komunitas.....	95
C. Konsep Pemberdayaan Keluarga dalam Penanggulangan Stunting dan Penyakit Kronis	97
D. Peran Keluarga Sebagai Unit Utama Dalam Pencegahan Stunting	98
E. Peran Keluarga dalam Pengelolaan Penyakit Kronis.....	100
F. Strategi Edukasi Kesehatan Berbasis Keluarga.....	102
G. Model Pemberdayaan Keluarga dalam Keperawatan Komunitas.....	103
H. Peran Perawat Komunitas dalam Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga	103
I. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga	104
J. Dampak Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga terhadap Penurunan Stunting dan Penyakit Kronis	105
K. Hambatan dan Tantangan dalam Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga di Komunitas	106
L. Penutup.....	107
Referensi	108
Glosarium	110
 BAB 5 KOLABORASI LINTAS SEKTOR DAN KEBIJAKAN KESEHATAN	111
A. Kolaborasi Lintas Sektor.....	111
B. Kebijakan Kesehatan	125
C. Penutup.....	138
Referensi	140
 PROFIL PENULIS	143

BAB 1

EPIDEMIOLOGI STUNTING DAN PENYAKIT TIDAK MENULAR DI INDONESIA

A. Pendahuluan

Indonesia saat ini menghadapi dua tantangan besar dalam bidang kesehatan masyarakat yang saling terkait: persoalan stunting pada anak dan penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan stroke. Kedua kondisi tersebut berdampak luas terhadap kualitas hidup, produktivitas sumber daya manusia, serta beban ekonomi dan pelayanan kesehatan nasional. (1)

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita yang ditandai dengan tinggi badan yang lebih rendah dibanding standar untuk usianya akibat kurangnya asupan gizi dalam jangka panjang, infeksi berulang, serta faktor lingkungan dan sosial ekonomi. Stunting mencerminkan malnutrisi kronis dan berdampak negatif terhadap fungsi kognitif, perkembangan imunologis, produktivitas kerja di masa dewasa, dan risiko penyakit kronis di kemudian hari. (2)

Sementara itu, Penyakit Tidak Menular (PTM) termasuk hipertensi, diabetes mellitus tipe 2, penyakit jantung koroner, dan stroke menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di Indonesia. Faktor risiko utama PTM adalah perilaku tidak sehat seperti konsumsi makanan tidak bergizi, kurang aktivitas fisik, merokok, dan obesitas(3)

Menurut Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024, prevalensi nasional stunting berhasil turun menjadi 19,8% dari populasi balita di seluruh Indonesia angka ini sekaligus merupakan pertama kalinya prevalensi stunting di bawah 20% dalam sejarah Indonesia. Berdasarkan data longitudinal menunjukkan bahwa prevalensi stunting sudah menurun secara bertahap dalam dekade terakhir: 30,8% pada tahun 2018, 27,7% pada tahun 2019, 24,4% pada 2021 dan 21,6% pada 2022., sedangkan target nasional untuk menurunkan prevalensi stunting semakin agresif, yaitu 14,2% pada tahun 2029 sebagai bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). (1)

Determinants stunting di Indonesia melibatkan faktor gizi, kesehatan ibu dan anak, infeksi berulang, tingkat pendidikan orang tua, sanitasi, dan akses layanan kesehatan. Data studi menunjukkan hubungan antara status imunisasi dasar lengkap

dan risiko stunting; anak yang belum imunisasi lengkap memiliki risiko stunting lebih tinggi. (4)

PTM kini menjadi salah satu tantangan kesehatan masyarakat utama di Indonesia. Faktor perilaku seperti pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, konsumsi rokok, alcohol, serta obesitas berperan besar dalam munculnya PTM. Penyakit tidak menular termasuk hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, dan stroke merupakan kontributor utama morbiditas dan mortalitas nasional. Berdasarkan data WHO yang dikutip oleh sumber nasional, stroke dan penyakit jantung iskemik termasuk di antara penyebab kematian tertinggi di Indonesia, diikuti oleh diabetes mellitus. (3)

Beberapa studi epidemiologi menguatkan fakta bahwa prevalensi PTM meningkat di segala kelompok usia, termasuk pada kelompok dewasa muda. Misalnya, studi menggunakan data survei kesehatan nasional menunjukkan ada sekurang-kurangnya 6% orang dewasa muda (18-40 tahun) memiliki satu atau lebih PTM, dengan obesitas dan lingkaran pinggang yang tinggi sebagai faktor risiko penting. (5)

Fenomena Double Burden of Disease merujuk pada situasi di mana kutub malnutrisi kronis (stunting) dan kelebihan gizi kronis (obesitas yang berkaitan dengan PTM) terjadi secara bersamaan di suatu populasi. Studi di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi stunting pada anak masih tinggi, sementara prevalensi obesitas dan PTM pada orang dewasa juga meningkat, sehingga negara menghadapi beban ganda yaitu kurang gizi dan gizi berlebih sekaligus. Hal ini menggarisbawahi pentingnya pendekatan lintas sektor dalam kebijakan kesehatan, termasuk penguatan gizi dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), promosi diet seimbang, aktivitas fisik, pencegahan faktor risiko perilaku, dan pengawasan kesehatan sejak dini. (6)

B. Konsep Dasar Epidemiologi

Epidemiologi merupakan cabang ilmu kesehatan masyarakat yang mempelajari distribusi dan determinan kejadian penyakit atau masalah kesehatan pada populasi serta penerapan hasil kajian tersebut untuk mengendalikan masalah kesehatan. Secara etimologis, istilah epidemiologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu epi (di atas atau pada), demos (penduduk), dan logos (ilmu), yang secara harfiah berarti ilmu yang mempelajari kejadian yang menimpa suatu populasi. Dalam perkembangan modern, epidemiologi tidak hanya terbatas pada wabah penyakit infeksi, tetapi mencakup seluruh spektrum kondisi kesehatan, termasuk penyakit tidak menular, gangguan gizi, cedera, hingga masalah kesehatan lingkungan dan sosial. (Riris Andono, 2025)

Konsep dasar epidemiologi berangkat dari pemahaman bahwa penyakit tidak terjadi secara acak, melainkan mengikuti pola tertentu dalam populasi. Pola tersebut dapat dianalisis berdasarkan dimensi orang, tempat, dan waktu. Dimensi orang mencakup karakteristik individu seperti usia, jenis kelamin, status sosial-ekonomi, pekerjaan, dan faktor genetik. Dimensi tempat berkaitan dengan lokasi geografis, kondisi lingkungan, dan konteks sosial budaya. Dimensi waktu menggambarkan perubahan kejadian penyakit dalam periode tertentu, baik dalam skala harian, musiman, tahunan, maupun tren jangka panjang. Analisis ketiga dimensi ini memungkinkan identifikasi kelompok berisiko dan membantu perencanaan intervensi yang tepat sasaran(7)

Epidemiologi dikenal konsep distribusi dan determinan. Distribusi merujuk pada frekuensi dan pola kejadian penyakit dalam suatu populasi. Frekuensi biasanya diukur menggunakan ukuran kuantitatif seperti insidensi dan prevalensi. Insidensi menggambarkan jumlah kasus baru yang terjadi dalam periode waktu tertentu pada populasi berisiko, sedangkan prevalensi menunjukkan jumlah seluruh kasus, baik baru maupun lama, pada waktu tertentu. Kedua ukuran ini memberikan gambaran berbeda tentang beban penyakit. Insidensi lebih mencerminkan risiko terjadinya penyakit, sedangkan prevalensi mencerminkan besarnya masalah kesehatan dalam populasi. Determinannya adalah faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya penyakit. Faktor tersebut dapat bersifat biologis, perilaku, lingkungan, maupun sosial. Untuk memahami hubungan antara faktor risiko dan penyakit, epidemiologi menggunakan pendekatan analitik yang menguji hipotesis melalui berbagai desain penelitian, seperti studi kohort, studi kasus-kontrol, dan studi potong lintang. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi hubungan sebab-akibat secara lebih sistematis dan berbasis bukti ilmiah. (8)

Salah satu konsep penting dalam epidemiologi adalah model segitiga epidemiologi, yang menjelaskan interaksi antara agen, pejamu (host), dan lingkungan. Agen adalah faktor penyebab penyakit, yang dapat berupa mikroorganisme, zat kimia, faktor fisik, atau bahkan ketidakseimbangan nutrisi. Pejamu adalah individu atau populasi yang rentan terhadap paparan agen, dengan karakteristik biologis dan sosial tertentu. Lingkungan mencakup faktor eksternal yang memengaruhi interaksi antara agen dan pejamu, seperti kondisi iklim, sanitasi, kepadatan penduduk, dan akses pelayanan kesehatan. Dalam konteks penyakit tidak menular, model ini berkembang menjadi pendekatan multifaktorial yang menekankan peran gaya hidup, faktor metabolik, dan determinan sosial kesehatan. (9)

Konsep sebab-akibat dalam epidemiologi juga berkembang dari pemahaman bahwa banyak penyakit memiliki etiologi multifaktorial. Tidak semua hubungan

antara paparan dan penyakit bersifat langsung atau tunggal. Oleh karena itu, epidemiologi menggunakan kriteria tertentu untuk menilai kemungkinan hubungan kausal, seperti kekuatan asosiasi, konsistensi temuan, hubungan dosis-respons, dan plausibilitas biologis. Pendekatan ini membantu membedakan antara korelasi semata dan hubungan sebab-akibat yang lebih kuat(10)

Epidemiologi tidak hanya berfungsi untuk memahami pola penyakit, tetapi juga memiliki peran penting dalam pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan. Hasil kajian epidemiologi menjadi dasar dalam penyusunan kebijakan kesehatan, perencanaan program intervensi, serta evaluasi efektivitas upaya pencegahan. Dalam konteks kesehatan masyarakat modern, epidemiologi juga berperan dalam sistem surveilans, yaitu pemantauan berkelanjutan terhadap kejadian penyakit untuk mendeteksi perubahan pola dan merespons secara cepat terhadap ancaman kesehatan. (9)

Seiring perkembangan ilmu pengetahuan, epidemiologi semakin terintegrasi dengan disiplin lain seperti biostatistika, ilmu lingkungan, genetika, dan ilmu sosial. Pendekatan ini memperkaya analisis faktor risiko dan memungkinkan pemahaman yang lebih komprehensif terhadap determinan kesehatan. Epidemiologi modern juga memanfaatkan teknologi informasi dan analisis data besar untuk memetakan pola penyakit secara lebih akurat dan real-time. (8)

Secara keseluruhan, konsep dasar epidemiologi menekankan bahwa kesehatan dan penyakit merupakan fenomena populasi yang dapat dipelajari secara sistematis melalui pengamatan, pengukuran, dan analisis ilmiah. Dengan memahami distribusi dan determinan penyakit, epidemiologi memberikan landasan ilmiah bagi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam sistem kesehatan. Perannya yang strategis menjadikan epidemiologi sebagai pilar utama dalam pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara berkelanjutan. (5)

C. Prevalensi dan Tren Stunting di Indonesia

Prevalensi stunting di Indonesia telah menjadi indikator penting dalam menilai status gizi dan kualitas sumber daya manusia sejak beberapa dekade terakhir. Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 menunjukkan bahwa prevalensi stunting nasional pada balita di Indonesia menurun menjadi 19,8 % dari keseluruhan populasi balita. Penurunan ini merupakan capaian yang signifikan dibandingkan dengan angka tahun sebelumnya, yaitu 21,5 % pada 2023, dan menunjukkan adanya kemajuan dalam upaya penanggulangan gangguan pertumbuhan anak secara nasional. Hasil survei ini tercatat sebagai bagian dari komitmen pemerintah untuk menurunkan angka stunting menjadi 14,2 % pada 2029 sesuai dengan target yang

ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan rencana strategis pencegahan stunting nasional. (10)

Walaupun terjadi penurunan secara nasional, sebaran prevalensi stunting antar wilayah di Indonesia masih menunjukkan disparitas yang mencolok. Provinsi-provinsi di bagian barat dan pulau Jawa umumnya mencatat angka prevalensi yang lebih rendah dibandingkan dengan beberapa provinsi di wilayah timur Indonesia. Misalnya, beberapa data menunjukkan bahwa provinsi seperti Bali memiliki prevalensi yang relatif rendah, bahkan berada di bawah rata-rata nasional, sedangkan provinsi seperti Nusa Tenggara Timur (NTT) dan beberapa wilayah di Papua menunjukkan prevalensi yang jauh lebih tinggi, mendekati atau melebihi 30 %. Variasi ini mencerminkan perbedaan dalam determinan sosial dan ekonomi, akses terhadap layanan kesehatan, kualitas lingkungan, serta keberhasilan implementasi intervensi gizi lokal yang berbeda antara satu provinsi dengan provinsi lainnya. (2)

Perbedaan prevalensi stunting juga tampak apabila dilihat dari konteks urban dan rural, meskipun tidak semua publikasi survei secara eksplisit memisahkan angka ini. Secara umum, prevalensi stunting cenderung lebih tinggi di wilayah pedesaan dibandingkan wilayah perkotaan. Hal ini terkait erat dengan keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan yang berkualitas, ketersediaan pangan bergizi yang lebih rendah, pendidikan ibu yang biasanya lebih rendah, serta kondisi sanitasi dan air minum yang kurang memadai di banyak wilayah pedesaan. Di daerah perkotaan, meskipun ada tantangan baru seperti pola makan tidak sehat dan obesitas anak, indikator stunting relatif lebih rendah karena akses yang lebih baik terhadap layanan pemeriksaan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang anak. (11)

Mengamati tren temporal selama dekade terakhir, data menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia telah mengalami penurunan secara bertahap sejak era 2010an. Misalnya, angka prevalensi stunting nasional yang lebih tinggi—sekitar satu pertiga dari seluruh balita pada awal dekade terakhir—telah menurun secara konsisten melalui berbagai kebijakan gizi dan intervensi kesehatan masyarakat. Penurunan ini merupakan buah dari upaya lintas sektor, termasuk penguatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, program pemberian makanan tambahan, peningkatan akses air bersih dan sanitasi, serta kampanye gizi dan pemberian ASI eksklusif. Meskipun terdapat perbedaan rinci menurut statistik tahunan yang terangkum di berbagai sumber survei, pola umum penurunan prevalensi ini mencerminkan kemajuan substansial dalam upaya penanggulangan stunting di Indonesia selama lima hingga sepuluh tahun terakhir. (12)

Distribusi prevalensi stunting menurut usia anak menunjukkan bahwa stunting cenderung meningkat seiring bertambahnya usia dalam kelompok balita. Dalam

laporan survei terbaru, prevalensi stunting relatif lebih rendah pada kelompok usia kurang dari satu tahun, kemudian meningkat pada kelompok usia satu sampai dua tahun, dan mencapai puncaknya sekitar usia dua setengah tahun. Pola ini konsisten dengan pengetahuan ilmiah bahwa kekurangan gizi kronis memiliki dampak kumulatif seiring waktu, dengan periode kritis pertumbuhan linier yang paling rentan berada pada 1000 Hari Pertama Kehidupan dari konsepsi hingga usia dua tahun. Perubahan prevalensi menurut kelompok usia ini juga menunjukkan kebutuhan akan Prevalensi stunting di Indonesia menunjukkan tren penurunan dalam beberapa tahun terakhir, meskipun masih tergolong tinggi dibandingkan target nasional. Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024, prevalensi stunting nasional pada balita (<5 tahun) menurun menjadi 19,8% dibandingkan 21,5% pada tahun 2023. Angka ini merupakan penurunan yang berarti dan menunjukkan kemajuan intervensi gizi nasional, tetapi masih di atas target nasional (<14,2% pada 2029) yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). (1)

Sementara itu, data yang memperinci prevalensi stunting menurut jenis kelamin umumnya menunjukkan perbedaan yang tidak terlalu mencolok antara laki-laki dan perempuan. Studi survei nasional seperti SSGI biasanya tidak menonjolkan perbedaan jenis kelamin sebagai faktor dominan, karena faktor sosial-ekonomi, lingkungan, dan status gizi ibu sering kali menjadi determinan yang jauh lebih kuat terhadap kejadian stunting daripada jenis kelamin itu sendiri. Walaupun demikian, analisis lebih mendalam dalam penelitian lokal atau sub-nasional dapat mengungkapkan variasi berdasarkan kondisi populasi tertentu, tetapi secara umum tren prevalensi secara nasional menunjukkan bahwa kedua kelompok jenis kelamin sama-sama rentan terhadap efek malnutrisi kronis ini. (1)

Pemahaman tentang prevalensi dan tren stunting di Indonesia melalui data survei yang komprehensif seperti SSGI sangat penting untuk perencanaan intervensi gizi yang tepat sasaran. Data ini bukan hanya menyediakan gambaran tentang besaran masalah, tetapi juga memetakan kelompok usia, wilayah geografis, dan kecenderungan temporal sehingga kebijakan kesehatan dapat difokuskan pada populasi yang paling membutuhkan. Dengan penurunan bertahap yang terus dipertahankan dan diperkuat melalui intervensi multisektoral, target penurunan stunting nasional di masa mendatang dapat lebih realistis dicapai, sekaligus memperbaiki kualitas sumber daya manusia Indonesia secara menyeluruh (2)

D. Determinant Stunting di Indonesia

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis yang terjadi dalam periode paling kritis kehidupan anak. Di Indonesia, stunting bukanlah

persoalan yang berdiri sendiri, melainkan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, sosial-ekonomi, lingkungan, dan perilaku. Keempat kelompok determinan ini saling berkaitan dan membentuk suatu jejaring penyebab yang bekerja sejak masa prakonsepsi hingga awal kehidupan anak. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai determinan stunting menjadi dasar penting dalam merancang intervensi yang efektif dan berkelanjutan(13)

Faktor biologis memainkan peran sentral dalam terjadinya stunting. Salah satu determinan yang paling kuat adalah berat badan lahir rendah (BBLR), yaitu kondisi ketika bayi lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram. BBLR sering kali merupakan konsekuensi dari gangguan pertumbuhan intrauterin atau kelahiran prematur, yang berkaitan erat dengan status gizi ibu sebelum dan selama kehamilan. Ibu yang mengalami kekurangan energi kronis, anemia, atau defisiensi mikronutrien memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan berat badan rendah. Gangguan pertumbuhan yang sudah dimulai sejak dalam kandungan ini dapat berlanjut setelah lahir apabila tidak diimbangi dengan asupan gizi yang adekuat. Selain itu, kondisi kesehatan ibu selama kehamilan, termasuk infeksi, hipertensi, atau komplikasi obstetri, juga dapat memengaruhi suplai nutrisi dan oksigen ke janin sehingga menghambat pertumbuhan. (14)

Infeksi berulang pada bayi dan balita merupakan determinan biologis lain yang signifikan. Penyakit seperti diare, infeksi saluran pernapasan akut, dan infeksi parasit usus sering kali terjadi pada lingkungan dengan sanitasi buruk. Infeksi yang berulang menyebabkan berkurangnya nafsu makan, gangguan penyerapan zat gizi, serta peningkatan kebutuhan energi tubuh untuk melawan penyakit. Dalam jangka panjang, kondisi ini menciptakan defisit nutrisi kronis yang berkontribusi terhadap terhambatnya pertumbuhan linear. Interaksi antara kekurangan gizi dan infeksi membentuk lingkaran setan, di mana malnutrisi meningkatkan kerentanan terhadap infeksi, sementara infeksi memperburuk status gizi anak. (3)

Selain faktor biologis, kondisi sosial-ekonomi keluarga memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap risiko stunting. Pendidikan ibu merupakan salah satu determinan yang paling konsisten ditemukan dalam berbagai penelitian di Indonesia. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang gizi, praktik pemberian makan, kebersihan, serta pemanfaatan layanan kesehatan. Sebaliknya, rendahnya tingkat pendidikan sering kali berkaitan dengan keterbatasan informasi dan pengambilan keputusan yang kurang optimal dalam pengasuhan anak. Pendidikan ibu juga berhubungan dengan kemampuan ekonomi dan akses terhadap sumber daya yang mendukung pertumbuhan anak. (1)

Pendapatan keluarga menjadi faktor penting lainnya dalam menentukan kecukupan gizi anak. Keluarga dengan tingkat pendapatan rendah sering menghadapi keterbatasan dalam menyediakan makanan bergizi dan beragam. Konsumsi protein hewani, buah, dan sayuran sering kali lebih rendah pada keluarga miskin karena harga yang relatif lebih mahal dibandingkan sumber karbohidrat sederhana. Selain itu, kondisi kemiskinan sering kali berkaitan dengan tempat tinggal yang padat, sanitasi yang tidak memadai, serta akses layanan kesehatan yang terbatas. Dengan demikian, kemiskinan bukan hanya memengaruhi asupan makanan, tetapi juga meningkatkan paparan terhadap faktor risiko lain yang berkontribusi pada stunting. (15)

Faktor lingkungan turut memberikan kontribusi besar terhadap kejadian stunting di Indonesia. Akses terhadap sanitasi yang layak dan air minum yang aman merupakan komponen penting dalam menjaga kesehatan anak. Lingkungan dengan sanitasi buruk meningkatkan risiko paparan patogen yang menyebabkan diare kronis dan gangguan usus subklinis yang dikenal sebagai *environmental enteric dysfunction*. Kondisi ini ditandai oleh peradangan kronis pada usus yang menghambat penyerapan nutrisi, bahkan tanpa gejala klinis yang jelas. Oleh karena itu, intervensi perbaikan sanitasi dan penyediaan air bersih menjadi bagian integral dari strategi pencegahan stunting. (16)

Akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas juga menentukan keberhasilan pencegahan dan penanganan stunting. Ketersediaan pelayanan antenatal yang memadai memungkinkan deteksi dini risiko kehamilan dan pemberian suplementasi zat gizi bagi ibu. Setelah kelahiran, pemantauan pertumbuhan anak secara rutin melalui layanan kesehatan primer memungkinkan identifikasi gangguan pertumbuhan sejak dini. Namun, disparitas geografis di Indonesia menyebabkan akses layanan kesehatan belum merata, terutama di wilayah terpencil dan kepulauan, sehingga risiko stunting tetap tinggi pada populasi tertentu. (11)

Faktor perilaku melengkapi determinan biologis, sosial-ekonomi, dan lingkungan dalam menjelaskan terjadinya stunting. Praktik pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan merupakan salah satu perilaku protektif yang penting. ASI mengandung nutrisi lengkap serta antibodi yang melindungi bayi dari infeksi. Ketidakoptimalan pemberian ASI, baik karena kurangnya dukungan sosial maupun faktor pekerjaan ibu, dapat meningkatkan risiko infeksi dan kekurangan gizi pada bayi. Setelah periode ASI eksklusif, kualitas dan kuantitas makanan pendamping ASI menjadi sangat menentukan. Pola makan anak yang rendah protein hewani dan mikronutrien penting seperti zat besi dan seng dapat menghambat pertumbuhan linear. Selain itu, praktik pemberian makan yang tidak

responsif atau frekuensi makan yang tidak memadai juga dapat memperburuk status gizi anak. (11)

Secara keseluruhan, determinan stunting di Indonesia mencerminkan interaksi multidimensional antara faktor biologis, sosial-ekonomi, lingkungan, dan perilaku. Tidak ada satu faktor tunggal yang sepenuhnya menjelaskan kejadian stunting; sebaliknya, kombinasi berbagai risiko sejak masa prakonsepsi hingga awal kehidupan anak membentuk dasar terjadinya gangguan pertumbuhan kronis. Oleh karena itu, strategi pencegahan dan penanggulangan stunting harus dirancang secara komprehensif, melibatkan perbaikan gizi ibu dan anak, peningkatan pendidikan dan kesejahteraan keluarga, penyediaan lingkungan yang sehat, serta perubahan perilaku yang mendukung praktik pengasuhan dan pemberian makan yang optimal. Pendekatan yang terintegrasi inilah yang menjadi kunci dalam menurunkan prevalensi stunting dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia secara berkelanjutan. (17)

E. Prevalensi dan Tren Penyakit Tidak Menular di Indonesia

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan kelompok penyakit kronis yang tidak ditularkan dari individu ke individu, berkembang secara perlahan, dan umumnya berlangsung dalam jangka panjang. Dalam dua dekade terakhir, Indonesia mengalami perubahan pola penyakit yang signifikan, dari dominasi penyakit infeksi menuju peningkatan beban penyakit kronis. Fenomena ini dikenal sebagai transisi epidemiologi, yang ditandai oleh meningkatnya kontribusi PTM terhadap angka kesakitan dan kematian nasional. Saat ini, sebagian besar penyebab kematian di Indonesia berasal dari PTM, mencerminkan perubahan struktur demografi, urbanisasi, perubahan gaya hidup, serta peningkatan usia harapan hidup. (18)

Berdasarkan laporan global dari World Health Organization, PTM menyumbang lebih dari 70% kematian di dunia, dan Indonesia termasuk negara dengan kontribusi kematian PTM yang tinggi di kawasan Asia Tenggara. Data survei kesehatan nasional menunjukkan bahwa prevalensi berbagai PTM utama—termasuk diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, dan kanker—mengalami peningkatan dalam beberapa tahun terakhir. (19)

Diabetes melitus menjadi salah satu PTM dengan peningkatan paling mencolok. Indonesia bahkan termasuk dalam sepuluh besar negara dengan jumlah penyandang diabetes tertinggi di dunia menurut laporan International Diabetes Federation. Peningkatan prevalensi diabetes erat kaitannya dengan perubahan pola konsumsi makanan, peningkatan obesitas, dan rendahnya aktivitas fisik. Diabetes tipe 2, yang paling banyak ditemukan, berkaitan dengan resistensi insulin yang

berkembang akibat kelebihan berat badan dan gaya hidup sedentari. Penyakit ini sering tidak terdiagnosis pada tahap awal, sehingga banyak kasus ditemukan setelah muncul komplikasi seperti gangguan ginjal, neuropati, atau penyakit kardiovaskular. (20)

Hipertensi juga menunjukkan tren peningkatan yang konsisten. Tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko utama penyakit jantung dan stroke. Banyak kasus hipertensi tidak terdeteksi karena bersifat asimtomatik pada tahap awal. Urbanisasi, konsumsi garam berlebih, stres, serta kurangnya aktivitas fisik berkontribusi besar terhadap tingginya prevalensi hipertensi di Indonesia. Hipertensi yang tidak terkontrol meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner, gagal jantung, serta stroke, yang merupakan penyebab kematian utama di berbagai rumah sakit. (21)

Penyakit jantung, khususnya penyakit jantung koroner, menjadi penyumbang besar angka mortalitas nasional. Kondisi ini umumnya berkembang akibat aterosklerosis, yaitu penyempitan pembuluh darah akibat penumpukan plak lemak. Faktor risiko seperti merokok, dislipidemia, hipertensi, dan diabetes mempercepat proses tersebut. Peningkatan prevalensi obesitas dan pola makan tinggi lemak jenuh turut memperburuk situasi ini. Selain itu, keterlambatan deteksi dan keterbatasan akses layanan kardiovaskular di beberapa wilayah memperbesar dampak penyakit jantung terhadap angka kematian(21)

Kanker juga menunjukkan tren peningkatan baik dari segi insidensi maupun beban pembiayaan kesehatan. Jenis kanker yang banyak ditemukan di Indonesia antara lain kanker payudara, kanker serviks, kanker paru, dan kanker kolorektal. Faktor risiko kanker sangat beragam, mulai dari paparan zat karsinogen seperti asap rokok, infeksi virus tertentu, pola makan tidak sehat, hingga faktor genetik. Deteksi dini yang masih rendah menyebabkan sebagian besar kasus terdiagnosis pada stadium lanjut, sehingga peluang kesembuhan lebih kecil dan biaya pengobatan lebih tinggi. (14)

Peningkatan prevalensi PTM di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari perubahan gaya hidup masyarakat. Pola makan modern yang tinggi gula, garam, dan lemak, serta rendah serat, telah menggantikan pola makan tradisional yang relatif lebih seimbang. Konsumsi makanan olahan dan minuman berpemanis meningkat seiring pertumbuhan industri pangan dan perubahan preferensi konsumen. Di sisi lain, aktivitas fisik masyarakat menurun akibat perubahan pola kerja dan transportasi yang lebih banyak bersifat sedentari. Penggunaan kendaraan bermotor yang luas serta pekerjaan berbasis teknologi mengurangi aktivitas fisik harian, sehingga berkontribusi terhadap peningkatan obesitas. (18)

Merokok merupakan salah satu faktor risiko paling signifikan dalam konteks Indonesia. Prevalensi perokok laki-laki dewasa di Indonesia termasuk yang tertinggi di dunia. Paparan asap rokok tidak hanya meningkatkan risiko kanker paru, tetapi juga berkontribusi terhadap penyakit jantung, stroke, dan penyakit paru obstruktif kronis. Selain itu, paparan asap rokok pasif pada anggota keluarga, termasuk anak-anak, meningkatkan risiko gangguan kesehatan jangka panjang(17)

Distribusi geografis PTM di Indonesia menunjukkan variasi yang dipengaruhi oleh tingkat urbanisasi, pembangunan ekonomi, dan akses layanan kesehatan. Wilayah perkotaan umumnya menunjukkan prevalensi obesitas, diabetes, dan hipertensi yang lebih tinggi dibandingkan wilayah pedesaan, seiring dengan pola hidup sedentari dan konsumsi makanan tinggi kalori. Namun demikian, perbedaan ini mulai menyempit karena perubahan gaya hidup juga menjangkau wilayah rural. Di beberapa provinsi dengan tingkat pembangunan rendah, beban PTM tetap tinggi akibat kombinasi antara kurangnya deteksi dini dan terbatasnya fasilitas kesehatan. (14)

Dari perspektif demografis, prevalensi PTM meningkat seiring bertambahnya usia. Kelompok usia produktif mulai menunjukkan peningkatan faktor risiko metabolik, sementara kelompok usia lanjut mengalami komplikasi kronis yang lebih berat. Perbedaan jenis kelamin juga terlihat dalam beberapa penyakit; misalnya, prevalensi merokok jauh lebih tinggi pada laki-laki, sehingga risiko penyakit kardiovaskular dan kanker paru lebih besar pada kelompok tersebut. Sementara itu, kanker payudara dan kanker serviks menjadi beban utama pada perempuan. (6)

Secara keseluruhan, tren PTM di Indonesia menunjukkan pola peningkatan yang sejalan dengan proses modernisasi dan perubahan struktur penduduk. Tantangan utama ke depan adalah memperkuat upaya promotif dan preventif, termasuk edukasi gaya hidup sehat, pengendalian konsumsi tembakau, peningkatan aktivitas fisik, serta deteksi dini melalui skrining rutin. Pendekatan berbasis masyarakat dan kebijakan lintas sektor menjadi kunci untuk mengendalikan beban PTM yang terus meningkat dan mengurangi dampaknya terhadap produktivitas serta pembiayaan sistem kesehatan nasional. (6)

F. Hubungan Antara Stunting dan PTM (Double Burden)

Fenomena meningkatnya stunting bersamaan dengan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia mencerminkan apa yang dikenal sebagai double burden of malnutrition. Istilah ini merujuk pada situasi ketika kekurangan gizi kronis seperti stunting terjadi berdampingan dengan kelebihan gizi dan penyakit metabolik dalam populasi yang sama, bahkan dalam satu siklus

kehidupan individu. Kondisi ini semakin nyata di negara berkembang yang sedang mengalami transisi epidemiologi dan transisi nutrisi, termasuk Indonesia. (12)

Secara konseptual, hubungan antara stunting dan PTM dapat dijelaskan melalui teori *early life programming* atau yang sering disebut sebagai *Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD)*. Konsep ini menyatakan bahwa paparan kekurangan nutrisi atau stres biologis pada periode awal kehidupan terutama selama masa kehamilan dan dua tahun pertama kehidupan dapat menyebabkan perubahan permanen pada struktur, fungsi, dan metabolisme tubuh. Adaptasi biologis yang terjadi pada masa tersebut bersifat "programming," artinya membentuk pola respons fisiologis jangka panjang yang dapat meningkatkan risiko penyakit kronis di kemudian hari. (22)

Pada kondisi kekurangan gizi intrauterin atau malnutrisi dini, tubuh janin melakukan adaptasi metabolik untuk bertahan hidup dalam lingkungan yang kekurangan energi. Adaptasi ini meliputi perubahan sensitivitas insulin, perubahan regulasi hormon pertumbuhan, serta modifikasi fungsi pankreas dan jaringan adiposa. Ketika individu yang mengalami adaptasi tersebut kemudian tumbuh dalam lingkungan dengan ketersediaan makanan berlebih atau pola makan tinggi energi, terjadi ketidaksesuaian antara "program metabolik awal" dan lingkungan nutrisi yang baru. Ketidaksesuaian ini meningkatkan risiko resistensi insulin, obesitas sentral, hipertensi, dan dislipidemia yang merupakan faktor risiko utama PTM seperti diabetes tipe 2 dan penyakit jantung koroner. (16)

Stunting, sebagai manifestasi kekurangan gizi kronis, mencerminkan adanya gangguan pertumbuhan linear yang juga berkaitan dengan perubahan sistem endokrin dan metabolik. Anak yang mengalami stunting sering menunjukkan massa otot yang lebih rendah dan perubahan komposisi tubuh, yang dapat memengaruhi metabolisme energi jangka panjang. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa individu yang mengalami stunting pada masa kanak-kanak memiliki risiko lebih tinggi mengalami obesitas sentral ketika dewasa, terutama jika terjadi peningkatan asupan energi yang cepat tanpa diimbangi peningkatan massa otot. (11)

Bukti ilmiah global mendukung hubungan antara malnutrisi dini dan peningkatan risiko PTM. Studi kohort jangka panjang di berbagai negara menunjukkan bahwa individu dengan berat badan lahir rendah atau gangguan pertumbuhan pada masa anak memiliki prevalensi lebih tinggi terhadap diabetes tipe 2, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular pada usia dewasa. Teori ini pertama kali diperkuat melalui penelitian epidemiologi yang menunjukkan hubungan antara berat lahir rendah dan peningkatan mortalitas akibat penyakit jantung di usia dewasa. Sejak saat itu, berbagai penelitian di Asia, Afrika, dan Amerika Latin

mengonfirmasi bahwa pengalaman kekurangan gizi pada awal kehidupan memiliki konsekuensi metabolik jangka panjang(23)

Dalam konteks Indonesia, fenomena double burden terlihat dari masih tingginya prevalensi stunting pada balita, sementara pada saat yang sama terjadi peningkatan prevalensi obesitas, diabetes, dan hipertensi pada populasi dewasa. Analisis data survei nasional menunjukkan bahwa kelompok dewasa muda yang mengalami gangguan pertumbuhan pada masa kecil memiliki kecenderungan lebih tinggi mengalami obesitas dan gangguan metabolik. Selain itu, urbanisasi yang cepat dan perubahan pola konsumsi seperti meningkatnya konsumsi makanan olahan tinggi gula dan lemak mempercepat manifestasi risiko PTM pada individu yang sebelumnya mengalami malnutrisi. (23)

Kombinasi antara stunting dan peningkatan risiko PTM menimbulkan implikasi serius bagi kesehatan masyarakat. Dari perspektif sistem kesehatan, beban ganda ini meningkatkan kompleksitas intervensi karena kebijakan harus mampu menangani kekurangan gizi dan kelebihan gizi secara bersamaan. Jika tidak dikelola dengan baik, generasi yang mengalami stunting berisiko memasuki usia produktif dengan kapasitas fisik dan kognitif yang lebih rendah, serta rentan terhadap penyakit kronis. Hal ini akan meningkatkan angka morbiditas, memperbesar biaya pengobatan jangka panjang, dan menurunkan produktivitas nasional. (16)

Dampak ekonomi dari hubungan antara stunting dan PTM juga sangat signifikan. Stunting pada masa anak dikaitkan dengan penurunan kemampuan belajar, prestasi akademik yang lebih rendah, serta pendapatan yang lebih kecil di usia dewasa. Ketika individu tersebut juga mengalami PTM, terjadi tambahan beban biaya kesehatan, kehilangan hari kerja, dan penurunan produktivitas. Dalam skala makro, kondisi ini dapat mengurangi pertumbuhan ekonomi nasional dan meningkatkan beban pembiayaan sistem jaminan kesehatan. (9)

Lebih jauh lagi, double burden menciptakan siklus antargenerasi. Perempuan yang mengalami stunting pada masa kecil berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, yang kemudian berpotensi mengalami stunting kembali. Jika dalam lingkungan modern bayi tersebut tumbuh dengan pola makan tidak sehat, risiko PTM di masa depan semakin besar. Siklus ini menunjukkan bahwa intervensi harus dimulai sejak periode prakonsepsi dan kehamilan untuk memutus rantai risiko jangka panjang. (2)

Dengan demikian, hubungan antara stunting dan PTM bukan sekadar keterkaitan statistik, melainkan refleksi dari proses biologis dan sosial yang saling berinteraksi sepanjang siklus kehidupan. Pendekatan pencegahan harus bersifat integratif, menggabungkan intervensi gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan dengan promosi gaya hidup sehat sepanjang kehidupan. Strategi ini tidak hanya

bertujuan menurunkan prevalensi stunting, tetapi juga mencegah munculnya epidemi PTM di masa mendatang. (2)

G. Konsekuensi Kesehatan Masyarakat

Masalah stunting dan penyakit tidak menular (PTM) memiliki konsekuensi luas terhadap kesehatan masyarakat, tidak hanya pada tingkat individu, tetapi juga pada tingkat keluarga, komunitas, hingga sistem kesehatan nasional. Ketika kedua masalah ini terjadi secara bersamaan dalam suatu populasi—sebagaimana terlihat dalam fenomena *double burden of malnutrition*—dampaknya menjadi lebih kompleks dan berjangka panjang. Konsekuensi tersebut mencakup penurunan kualitas hidup, gangguan perkembangan kognitif, berkurangnya produktivitas ekonomi, peningkatan angka kesakitan dan kematian, serta meningkatnya tekanan terhadap sistem pelayanan kesehatan. (1)

Stunting, sebagai bentuk malnutrisi kronis pada awal kehidupan, memiliki dampak mendalam terhadap kualitas hidup individu. Gangguan pertumbuhan linear yang terjadi sejak periode awal kehidupan bukan sekadar persoalan tinggi badan yang lebih rendah dari standar, tetapi mencerminkan adanya hambatan perkembangan biologis yang lebih luas. Anak yang mengalami stunting sering kali memiliki daya tahan tubuh yang lebih rendah, sehingga lebih rentan terhadap infeksi berulang. Kerentanan ini menyebabkan frekuensi sakit yang lebih tinggi, ketidakhadiran sekolah yang lebih sering, serta keterbatasan dalam aktivitas fisik sehari-hari. Secara keseluruhan, kondisi tersebut menurunkan kualitas hidup anak dalam jangka pendek maupun panjang. (24)

Dampak stunting terhadap perkembangan kognitif menjadi perhatian khusus dalam perspektif kesehatan masyarakat. Pertumbuhan otak berlangsung sangat pesat pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan. Kekurangan zat gizi penting seperti protein, zat besi, yodium, dan asam lemak esensial pada masa ini dapat menghambat pembentukan sinaps, mielinisasi saraf, serta perkembangan struktur otak. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa anak dengan riwayat stunting memiliki skor kecerdasan, kemampuan memori, dan fungsi eksekutif yang lebih rendah dibandingkan anak dengan pertumbuhan normal. Dampak ini sering kali bersifat permanen dan memengaruhi prestasi akademik serta kemampuan belajar di masa sekolah. (24)

Konsekuensi kognitif tersebut berlanjut pada masa dewasa dalam bentuk penurunan produktivitas kerja. Individu yang mengalami stunting pada masa kanak-kanak cenderung memiliki tingkat pendidikan lebih rendah dan peluang kerja yang lebih terbatas. Berkurangnya kapasitas fisik dan kognitif berdampak pada pendapatan yang lebih rendah serta kontribusi ekonomi yang lebih kecil terhadap

masyarakat. Dalam skala nasional, tingginya prevalensi stunting dapat menurunkan kualitas sumber daya manusia dan menghambat pertumbuhan ekonomi jangka panjang. Oleh karena itu, stunting bukan hanya isu kesehatan, tetapi juga isu pembangunan. (19)

Di sisi lain, penyakit tidak menular memberikan dampak besar terhadap morbiditas dan mortalitas nasional. PTM seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, dan kanker merupakan penyebab utama kematian di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Penyakit-penyakit ini bersifat kronis, progresif, dan sering kali membutuhkan pengobatan jangka panjang. Tingginya angka morbiditas akibat PTM menyebabkan meningkatnya kebutuhan pelayanan medis, rawat inap, serta pengobatan berkelanjutan. Selain itu, komplikasi seperti gagal ginjal, stroke, atau gagal jantung menyebabkan disabilitas permanen yang menurunkan kualitas hidup penderitanya. (3)

Dari perspektif mortalitas, PTM menyumbang proporsi kematian terbesar dibandingkan penyakit infeksi. Banyak kasus kematian terjadi pada usia produktif, sehingga menimbulkan kerugian ekonomi yang signifikan. Kematian dini akibat PTM mengurangi tenaga kerja produktif dan meningkatkan beban ketergantungan dalam keluarga. Selain itu, biaya pengobatan PTM yang tinggi membebani sistem jaminan kesehatan nasional dan meningkatkan risiko kemiskinan akibat pengeluaran kesehatan yang besar(15)

Ketika stunting dan PTM terjadi secara bersamaan dalam suatu populasi, sistem kesehatan menghadapi tantangan yang kompleks. Sistem pelayanan kesehatan yang sebelumnya berfokus pada pengendalian penyakit infeksi kini harus menangani penyakit kronis jangka panjang tanpa mengabaikan upaya pencegahan malnutrisi pada anak. Pendekatan kuratif yang dominan dalam penanganan PTM sering kali memerlukan sumber daya besar, sementara intervensi preventif untuk stunting membutuhkan investasi jangka panjang di sektor gizi, sanitasi, pendidikan, dan perlindungan sosial. (15)

Tantangan lainnya terletak pada kebutuhan integrasi layanan kesehatan sepanjang siklus kehidupan. Pencegahan stunting memerlukan intervensi sejak masa prakonsepsi, kehamilan, hingga usia balita, sedangkan pencegahan PTM menuntut promosi gaya hidup sehat sejak usia muda hingga lanjut usia. Sistem kesehatan harus mampu mengintegrasikan program gizi ibu dan anak dengan program pengendalian faktor risiko PTM seperti obesitas, merokok, dan kurang aktivitas fisik. Keterbatasan sumber daya manusia kesehatan, distribusi fasilitas yang belum merata, serta disparitas wilayah menjadi hambatan tambahan dalam menghadapi beban ganda ini(12)

Selain itu, tantangan pembiayaan menjadi isu penting. Pengobatan PTM memerlukan biaya tinggi dan berkelanjutan, sementara intervensi pencegahan stunting membutuhkan investasi lintas sektor yang tidak selalu menunjukkan hasil dalam jangka pendek. Tanpa strategi yang komprehensif dan berkelanjutan, sistem kesehatan berisiko mengalami tekanan finansial yang berat.

Secara keseluruhan, konsekuensi kesehatan masyarakat dari stunting dan PTM mencerminkan hubungan erat antara kesehatan individu dan pembangunan nasional. Stunting mengurangi kapasitas sumber daya manusia sejak awal kehidupan, sedangkan PTM meningkatkan beban penyakit dan kematian pada usia dewasa. Kombinasi keduanya menimbulkan tantangan besar bagi sistem kesehatan dan pembangunan ekonomi. Oleh karena itu, pendekatan promotif dan preventif yang terintegrasi, berbasis siklus kehidupan, dan didukung kebijakan lintas sektor menjadi kunci untuk mengurangi dampak jangka panjang dari fenomena double burden ini(12)

H. Strategi Intervensi dan Pencegahan

Upaya penanggulangan stunting dan penyakit tidak menular (PTM) memerlukan strategi intervensi yang komprehensif, berkelanjutan, dan berbasis siklus kehidupan. Mengingat keduanya memiliki determinan yang kompleks serta saling berkaitan dalam kerangka double burden of malnutrition, pendekatan yang efektif tidak dapat dilakukan secara parsial. Strategi harus mencakup intervensi gizi sejak periode awal kehidupan sekaligus promosi gaya hidup sehat untuk mencegah munculnya faktor risiko penyakit kronis di kemudian hari. (25)

Dalam konteks stunting, intervensi yang paling krusial berfokus pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu sejak konsepsi hingga anak berusia dua tahun. Periode ini merupakan fase kritis pertumbuhan dan perkembangan organ, termasuk otak, sehingga kekurangan gizi pada masa ini dapat menimbulkan dampak permanen. Intervensi pada masa 1000 HPK mencakup peningkatan status gizi ibu sebelum dan selama kehamilan, pencegahan anemia dan kekurangan energi kronis, pemantauan pertumbuhan janin, serta persalinan yang aman. Setelah kelahiran, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan menjadi langkah fundamental untuk memastikan kecukupan nutrisi dan perlindungan terhadap infeksi. ASI tidak hanya menyediakan zat gizi yang lengkap, tetapi juga mengandung faktor imunologis yang melindungi bayi dari penyakit infeksi yang dapat menghambat pertumbuhan(26)

Memasuki usia enam bulan, intervensi berlanjut melalui pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang adekuat dari segi kualitas, kuantitas, dan keamanan. Pola makan anak harus mengandung protein hewani yang cukup, sumber energi

seimbang, serta mikronutrien penting seperti zat besi, seng, dan vitamin A. Selain aspek nutrisi, pencegahan stunting juga berkaitan erat dengan perbaikan sanitasi dan higiene. Lingkungan dengan akses air bersih dan sanitasi layak mengurangi risiko infeksi berulang, terutama diare dan infeksi saluran cerna, yang dapat mengganggu penyerapan zat gizi. Intervensi berbasis komunitas seperti edukasi gizi, pemantauan pertumbuhan rutin di posyandu, serta peningkatan cakupan imunisasi menjadi bagian integral dalam strategi pencegahan. (22)

Sementara itu, pencegahan penyakit tidak menular memerlukan pendekatan yang menekankan perubahan perilaku dan pengendalian faktor risiko sejak usia dini hingga dewasa. Pola makan sehat menjadi salah satu pilar utama dalam mencegah obesitas, diabetes, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular. Diet seimbang yang kaya buah, sayur, biji-bijian utuh, serta rendah gula, garam, dan lemak jenuh terbukti menurunkan risiko gangguan metabolik. Pengurangan konsumsi makanan ultra-proses dan minuman berpemanis juga merupakan langkah penting dalam menekan peningkatan prevalensi obesitas. (25)

Aktivitas fisik yang cukup memiliki peran signifikan dalam menjaga keseimbangan energi dan kesehatan kardiometabolik. Kurangnya aktivitas fisik akibat gaya hidup sedentari, urbanisasi, dan penggunaan teknologi telah menjadi faktor risiko utama PTM. Oleh karena itu, promosi aktivitas fisik rutin, baik melalui olahraga terstruktur maupun peningkatan aktivitas harian seperti berjalan kaki atau bersepeda, perlu digalakkan dalam kebijakan kesehatan masyarakat.

Selain perubahan gaya hidup, skrining dan deteksi dini menjadi komponen penting dalam pencegahan PTM. Banyak penyakit kronis berkembang secara perlahan tanpa gejala pada tahap awal. Pemeriksaan tekanan darah, kadar gula darah, indeks massa tubuh, serta skrining kanker tertentu memungkinkan identifikasi risiko lebih awal dan intervensi yang lebih efektif. Pendekatan preventif ini lebih efisien dibandingkan pengobatan komplikasi yang telah berkembang. (24)

Dalam menghadapi fenomena double burden, strategi intervensi tidak dapat dilakukan oleh sektor kesehatan semata. Pendekatan multisektoral menjadi kunci keberhasilan. Upaya perbaikan gizi anak memerlukan dukungan sektor pendidikan melalui peningkatan literasi gizi, sektor pertanian dalam menjamin ketersediaan pangan bergizi dan beragam, serta sektor pekerjaan umum dalam menyediakan akses air bersih dan sanitasi yang layak. Sementara itu, pencegahan PTM juga membutuhkan kebijakan lintas sektor seperti regulasi pengendalian tembakau, pembatasan iklan makanan tidak sehat, pelabelan gizi pada produk pangan, serta penciptaan ruang publik yang mendukung aktivitas fisik(24)

Kebijakan kesehatan nasional memiliki peran strategis dalam mengintegrasikan berbagai intervensi tersebut. Program percepatan penurunan

stunting, penguatan pelayanan kesehatan primer, serta pengendalian faktor risiko PTM melalui kampanye gaya hidup sehat merupakan bagian dari strategi nasional yang harus berjalan secara sinergis. Penguatan sistem surveilans gizi dan PTM juga penting untuk memantau tren, mengevaluasi efektivitas program, dan mengarahkan kebijakan berbasis bukti (1)

Secara keseluruhan, strategi intervensi dan pencegahan terhadap stunting dan PTM harus bersifat holistik, berkelanjutan, dan berbasis siklus kehidupan. Investasi pada gizi dan kesehatan sejak dini tidak hanya mencegah gangguan pertumbuhan, tetapi juga mengurangi risiko penyakit kronis di masa depan. Dengan pendekatan multisektoral yang terintegrasi dan didukung kebijakan nasional yang konsisten, beban ganda malnutrisi dapat ditekan, sehingga kualitas sumber daya manusia dan ketahanan sistem kesehatan dapat ditingkatkan secara berkelanjutan. (22)

I. Penutup

Stunting dan penyakit tidak menular (PTM) merupakan dua tantangan besar dalam pembangunan kesehatan yang saling berkaitan dan mencerminkan dinamika transisi epidemiologi di Indonesia. Stunting menggambarkan kegagalan pemenuhan hak dasar anak atas gizi, kesehatan, dan lingkungan yang layak pada periode paling kritis kehidupan, sedangkan PTM mencerminkan perubahan pola hidup dan struktur demografi yang membawa konsekuensi jangka panjang terhadap morbiditas dan mortalitas nasional. Ketika keduanya terjadi secara bersamaan dalam satu populasi, bahkan dalam satu siklus kehidupan individu, terbentuklah fenomena beban ganda (*double burden of malnutrition*) yang kompleks dan memerlukan respons kebijakan yang terintegrasi.

Stunting tidak hanya berdampak pada tinggi badan yang lebih rendah, tetapi juga berimplikasi pada gangguan perkembangan kognitif, kapasitas belajar, produktivitas kerja, dan potensi ekonomi individu di masa depan. Dampak ini bersifat kumulatif dan dapat berlanjut hingga generasi berikutnya apabila tidak dilakukan intervensi yang efektif sejak dini. Di sisi lain, meningkatnya prevalensi PTM seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, dan kanker menunjukkan bahwa sistem kesehatan menghadapi beban penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan jangka panjang dengan biaya tinggi. Kombinasi antara gangguan pertumbuhan pada masa awal kehidupan dan peningkatan risiko penyakit kronis pada usia dewasa memperkuat urgensi pendekatan kesehatan berbasis siklus kehidupan.

Strategi pencegahan dan pengendalian yang efektif harus dimulai dari periode prakonsepsi dan 1000 Hari Pertama Kehidupan, melalui pemenuhan gizi ibu dan anak, perbaikan sanitasi, serta penguatan layanan kesehatan dasar. Pada saat yang

sama, promosi gaya hidup sehat, peningkatan aktivitas fisik, pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak, serta deteksi dini faktor risiko metabolik menjadi bagian penting dalam menekan laju PTM. Pendekatan tersebut tidak dapat berjalan optimal tanpa dukungan kebijakan multisektoral yang melibatkan sektor pendidikan, pangan, lingkungan, perencanaan wilayah, hingga perlindungan sosial.

Dengan demikian, upaya mengatasi stunting dan PTM bukan hanya merupakan intervensi kesehatan semata, melainkan investasi jangka panjang dalam pembangunan sumber daya manusia. Keberhasilan pengendalian kedua masalah ini akan berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat, produktivitas nasional, dan keberlanjutan sistem kesehatan. Tantangan yang ada menuntut komitmen berkelanjutan, kebijakan berbasis bukti, serta kolaborasi lintas sektor agar generasi mendatang dapat tumbuh sehat, produktif, dan berdaya saing.

Referensi

- Kemenkes. Profil Kesehatan Indonesia 2024. Jakarta: Kemenkes RI; 2024.
- RI K. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI). Jakarta: Kemenkes RI; 2024.
- Hanif. P. Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular di Indonesia. Jakrata: Penerbit Kesehatan Masyarakat.; 2023.
- Cetak I, Online I. DOI : <https://doi.org/10.36341/jpm.v2i3.794168> Some rights reserved. 2019;2(3):168–75.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
- Arifin Z, Purqoti DN, Fatmawati BR, Istiana D. MENULAR SCREENING OF THE RISK FACTORS AND HISTORY OF NON-. :563–8.
- Riris Andono Ahmad., Citra Indriani., Risalia Reni Arisanti., Amirah Ellyza Wahdi. & NSH. Buku Teks Epidemiologi untuk Kesehatan Masyarakat. yogyakarta: UGM; 2025.
- Ratna Mutu Manikam., Annisa Nursita Angesti. & MM. Epidemiologi Stunting di Indonesia. Jakarta: Media Sains Indonesia; 2024 p.
- RI K. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: kemenkes; 2018.
- Musyafak. Epidemiologi Stunting di Indonesia: Faktor Risiko, Distribusi, dan Tren. Jakarta: Bernus; 2024.
- Kristianti YD. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan Abstrak. 2025;17(September):256–69.
- Diana R, Tanziha I, Diana R. Double-Duty Actions to Reduce the Double Burden of Malnutrition in Indonesia. 2020;
- Purwanti ED, Masitoh S, Ronoatmodjo S. Association Between Basic Immunization Status and Stunting in Toddlers Aged 12-59 Months in Indonesia. 2025;298–306.

- Abidin RZ. Prevalensi dan Determinan Kejadian Penyakit Tidak Menular di Laboratorium Patologi Klinik RSUD dr . Zainoel Abidin Prevalence and Determinants of Non-Communicable Diseases in the Clinical Pathology Laboratory of. 2023;9(2):885–98.
- Anjani SI. FAKTOR-FAKTOR PENENTU SEBAGAI DETERMINAN. (1):43–52.
- Nur Fitri. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2020;16(1):100–15.
- Nuzul M, Ash A, Rozi F, Majiding M. FAKTOR RISIKONYA DI PUSKESMAS SEMPUR KOTA BOGOR. 2023;4:6120–30.
- Aspadih V, Arba M, Muliadi R, Dermawan M, Syarikha SI. Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular melalui Pemeriksaan Kesehatan Gratis di Desa Kusambi. 2025;03(2):24–34.
- WHO. Noncommunicable Diseases Country Profiles. Geneva: WHO; 2023.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas (10th ed.). Brussels: International Diabetes Federation.; 2023.
- Hidayutllah. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular (PTM). Jakarta: Teewan Publishing; 2024.
- Saraswati D, Wahyuni F, Myke W, Manik N. Pencegahan Stunting : Pemenuhan Nutrisi , Pendidikan Kesehatan dan Sosial Ekonomi dalam Upaya Penanggulangan Masalah Gizi pada Balita Stunting Prevention : Fulfillment of Nutrition , Health Education and Socioeconomic. 2025;12(2):160–6.
- Feng A, Wang L, Chen X, Liu X, Li L, Wang B, et al. Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD): Implications for health and nutritional issues among rural children in China. 2015;9(2):82–7.
- Robinson B, Rahman S. E-ISSN : 2722-0877 Mencegah Stunting pada 1000 Hari Pertama Kehidupan pada Masyarakat Kelurahan Pasar Merah Barat E-ISSN : 2722-0877. 3(2).
- Mulyani AT, Khairinisa MA, Khatib A. Understanding Stunting : Impact , Causes , and Strategy to Accelerate Stunting Reduction — A Narrative Review. 2025;
- Putri VM, Lipoeto NI. The Role of Specific Nutritional Interventions For The First 1000 Days of Life Program In Stunting Prevention : A Literature Review. 2024;4(1):34–49.

Glosarium

Anaemia

Kondisi di mana kadar hemoglobin atau sel darah merah berada di bawah normal, menyebabkan penurunan kapasitas darah mengangkut oksigen.

Anthropometri

Ilmu dan metode pengukuran tubuh manusia, termasuk tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, yang digunakan untuk menilai status gizi.

ASI Eksklusif

Pemberian Air Susu Ibu saja tanpa tambahan makanan atau minuman lain selama enam bulan pertama kehidupan.

Balita

Anak usia 0–59 bulan, kelompok usia kritis untuk pertumbuhan dan pemantauan status gizi.

Berbagai Penyakit Tidak Menular (PTM / NCD)

Penyakit yang tidak ditularkan secara langsung antarindividu, misalnya diabetes, hipertensi, stroke, kanker, dan penyakit jantung.

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram, yang meningkatkan risiko stunting dan komplikasi kesehatan jangka panjang.

Body Mass Index (BMI / IMT)

Indeks massa tubuh yang dihitung dari berat badan (kg) dibagi tinggi badan kuadrat (m^2) untuk menilai status gizi.

Determinant Stunting

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian stunting, termasuk biologis, sosial-ekonomi, lingkungan, dan perilaku.

Diare Kronis

Infeksi atau gangguan pencernaan berulang yang dapat mengurangi penyerapan nutrisi, berkontribusi pada malnutrisi dan stunting.

Early Life Programming

Konsep yang menjelaskan bagaimana kondisi gizi dan lingkungan sejak pralahir dan awal kehidupan menentukan risiko penyakit jangka panjang.

Environmental Enteric Dysfunction (EED)

Gangguan usus subklinis akibat paparan bakteri/pathogen lingkungan, menyebabkan malabsorpsi nutrisi kronis.

Gizi Kronis

Kekurangan nutrisi yang berlangsung lama sehingga menghambat pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif.

Gizi Mikro dan Makro

Makronutrien: karbohidrat, protein, lemak; Mikronutrien: vitamin dan mineral yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah kecil.

Height-for-Age Z-Score (HAZ / TB/U)

Indikator antropometri untuk menilai tinggi badan menurut umur, dengan Z-score < -2 SD menandakan stunting.

Imunisasi

Pemberian vaksin untuk membangun kekebalan tubuh terhadap penyakit tertentu.

Infeksi Berulang

Kondisi di mana anak sering menderita penyakit seperti diare atau infeksi saluran pernapasan, meningkatkan risiko stunting.

Intervensi Gizi

Upaya pemberian makanan tambahan, suplementasi mikronutrien, dan perbaikan pola makan untuk meningkatkan status gizi.

Insidensi

Jumlah kasus baru penyakit dalam periode tertentu pada populasi yang berisiko.

Lingkungan Sehat

Kondisi tempat tinggal dengan sanitasi layak, air minum bersih, udara sehat, dan akses fasilitas kesehatan memadai.

Lingkaran Setan Malnutrisi-Infeksi

Hubungan timbal balik antara malnutrisi dan infeksi yang saling memperburuk kondisi kesehatan anak.

Mortalitas

Angka kematian dalam populasi tertentu selama periode waktu tertentu.

Morbiditas

Frekuensi atau kejadian penyakit dalam populasi selama periode tertentu.

Nutrisi Ibu Hamil

Asupan makanan dan zat gizi yang mendukung pertumbuhan janin dan kesehatan ibu, termasuk zat besi, asam folat, dan protein.

Obesitas Anak

Akumulasi lemak berlebihan pada anak akibat pola makan tidak sehat dan kurang aktivitas fisik.

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

makanan tambahan yang diberikan mulai usia 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang tidak tercukupi oleh ASI.

Periodisasi 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)

Periode dari konsepsi hingga usia 2 tahun yang menentukan pertumbuhan linear, perkembangan otak, dan kesehatan jangka panjang.

Peningkatan Akses Layanan Kesehatan

Upaya memastikan masyarakat memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan primer, imunisasi, pemantauan pertumbuhan, dan penanganan penyakit.

Perilaku Hidup Sehat

Tindakan individu untuk menjaga kesehatan, termasuk diet seimbang, olahraga, kebersihan, dan berhenti merokok.

Penyakit Jantung

Gangguan pada struktur dan fungsi jantung, termasuk penyakit koroner, gagal jantung, dan aritmia.

Prevalensi

Proporsi individu dalam populasi yang memiliki penyakit atau kondisi tertentu pada waktu tertentu.

Risikesdas (Riset Kesehatan Dasar)

Survei nasional Indonesia untuk memperoleh data status kesehatan, gizi, perilaku, dan akses layanan kesehatan.

Sanitasi

Pengelolaan lingkungan hidup untuk mencegah penyakit, termasuk pembuangan limbah, air bersih, dan toilet layak.

Skrining Dini

Proses identifikasi awal penyakit atau kondisi risiko tinggi sebelum muncul gejala klinis signifikan.

Stunting

Gangguan pertumbuhan linear pada anak akibat kekurangan gizi kronis, ditandai dengan tinggi badan menurut umur < -2 SD standar WHO.

Survei Status Gizi Indonesia (SSGI)

Survei nasional yang dilakukan Kemenkes untuk memantau status gizi, termasuk prevalensi stunting pada balita.

Susceptible (Pejamu Rentan)

Individu atau populasi yang lebih mudah terkena penyakit karena faktor biologis, genetik, atau lingkungan.

Target 14 % Stunting 2029

Target nasional Indonesia menurunkan prevalensi stunting menjadi 14 % pada tahun 2029 sesuai RPJMN.

Tinggi Badan Anak

Indikator pertumbuhan linear yang digunakan untuk menilai kesehatan dan status gizi anak.

Tingkat Pendidikan Ibu

Faktor sosial-ekonomi penting yang memengaruhi pengetahuan gizi, praktik pengasuhan, dan akses layanan kesehatan anak.

Underweight / Berat Badan Kurang

Kondisi anak memiliki berat badan lebih rendah dibanding standar WHO untuk umur tertentu.

Urban-Rural Disparity

Perbedaan status kesehatan dan akses layanan antara wilayah perkotaan dan pedesaan.

WHO Child Growth Standards

Standar pertumbuhan anak global yang diterbitkan WHO untuk menilai tinggi badan, berat badan, dan lingkaran kepala sesuai usia.

Zat Gizi Esensial

Nutrisi yang tidak bisa diproduksi sendiri oleh tubuh, harus diperoleh dari makanan, seperti vitamin, mineral, asam amino, dan asam lemak esensial.

Faktor Risiko PTM

Kondisi atau perilaku yang meningkatkan kemungkinan seseorang terkena penyakit tidak menular, misalnya pola makan tidak sehat, merokok, dan kurang aktivitas fisik.

Epidemiologi

Ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan penyakit atau kondisi kesehatan dalam populasi serta cara pengendaliannya.

Agen Penyakit

Faktor penyebab penyakit, bisa berupa mikroorganisme, zat kimia, atau ketidakseimbangan nutrisi.

Host / Pejamu

Individu atau populasi yang rentan terhadap agen penyakit.

Faktor Lingkungan

Kondisi eksternal yang memengaruhi interaksi antara agen dan pejamu, termasuk iklim, sanitasi, dan kepadatan penduduk.

Faktor Sosial-Ekonomi

Kondisi pendidikan, pendapatan, pekerjaan, dan status sosial yang memengaruhi kesehatan individu atau populasi.

Double Burden of Disease

Kondisi ketika suatu populasi menghadapi simultan masalah kekurangan gizi (stunting/malnutrisi kronis) dan risiko penyakit metabolik atau

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA RISIKO STUNTING

A. Pendahuluan

Risiko stunting merupakan isu kesehatan masyarakat yang semakin mendapat perhatian global karena dampaknya yang luas terhadap kualitas sumber daya manusia di masa depan. Kondisi ini menggambarkan kerentanan anak terhadap gangguan pertumbuhan linear akibat paparan faktor risiko yang berlangsung secara kronis, terutama pada periode awal kehidupan yang dikenal sebagai 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Pada fase ini, pertumbuhan dan perkembangan anak sangat sensitif terhadap asupan gizi, status kesehatan, serta kondisi lingkungan (World Health Organization, 2021).

Secara global, stunting dan risiko stunting masih menjadi tantangan besar, terutama di negara berpendapatan rendah dan menengah. Laporan terbaru menunjukkan bahwa meskipun terdapat penurunan prevalensi, jutaan anak masih berada dalam kondisi berisiko mengalami gangguan pertumbuhan akibat kombinasi faktor malnutrisi, infeksi berulang, dan kondisi sosial ekonomi yang tidak mendukung (UNICEF, 2023). Risiko stunting dipandang sebagai fase awal sebelum terjadinya stunting yang bersifat irreversible, sehingga deteksi dini menjadi sangat penting dalam upaya pencegahan.

Dalam perspektif ilmiah terbaru, risiko stunting tidak hanya dipahami sebagai akibat dari kekurangan asupan gizi, tetapi juga sebagai hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, perilaku, lingkungan, dan sosial ekonomi. Studi multi-negara menunjukkan bahwa faktor seperti status gizi ibu, praktik pemberian makan bayi dan anak, sanitasi lingkungan, serta akses terhadap layanan kesehatan memiliki kontribusi signifikan terhadap peningkatan risiko stunting pada anak (Danaei et al., 2022). Kondisi ini menegaskan bahwa risiko stunting merupakan masalah multidimensional yang memerlukan pendekatan intervensi komprehensif.

Selain itu, periode awal kehidupan anak merupakan masa kritis yang menentukan kualitas pertumbuhan jangka panjang. Gangguan pertumbuhan yang terjadi pada periode ini berpotensi menyebabkan dampak permanen terhadap perkembangan fisik, kognitif, dan produktivitas di masa dewasa. Penelitian terbaru dalam bidang kesehatan anak menunjukkan bahwa paparan faktor risiko stunting

pada masa awal kehidupan berhubungan dengan penurunan kapasitas kognitif dan peningkatan risiko penyakit tidak menular di kemudian hari (Prendergast & Humphrey, 2022).

Dari perspektif keperawatan, risiko stunting menjadi fokus penting dalam praktik asuhan keperawatan komunitas maupun klinik. Perawat memiliki peran strategis dalam melakukan deteksi dini, edukasi keluarga, serta intervensi berbasis bukti untuk mencegah terjadinya stunting. Pendekatan berbasis evidence-based nursing menjadi sangat relevan dalam memastikan bahwa setiap intervensi yang diberikan mampu menurunkan faktor risiko secara efektif dan berkelanjutan. Dengan demikian, risiko stunting dapat dipahami sebagai kondisi kerentanan anak terhadap gangguan pertumbuhan linear akibat interaksi berbagai faktor determinan yang terjadi secara kronis, sehingga memerlukan pendekatan pencegahan yang holistik, terintegrasi, dan berbasis bukti ilmiah terbaru.

B. Dampak Resiko Stunting

Risiko stunting tidak hanya berkaitan dengan potensi gangguan pertumbuhan fisik, tetapi juga memiliki dampak luas terhadap perkembangan anak dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Kondisi ini mencerminkan adanya gangguan pada proses pertumbuhan linear yang, apabila tidak ditangani sejak dini, dapat berkembang menjadi stunting yang bersifat permanen dan sulit diperbaiki.

Dampak utama dari risiko stunting adalah terganggunya pertumbuhan fisik anak, terutama pada aspek tinggi badan yang tidak optimal. Penelitian global menunjukkan bahwa gangguan pertumbuhan linear yang dimulai sejak awal kehidupan cenderung bersifat irreversible apabila melewati periode kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Victora et al., 2021). Kondisi ini menyebabkan anak berisiko memiliki postur tubuh yang lebih pendek dibandingkan standar usianya, yang berimplikasi pada status kesehatan secara keseluruhan.

Selain dampak fisik, risiko stunting juga berpengaruh terhadap perkembangan kognitif anak. Anak dengan riwayat malnutrisi kronis memiliki potensi lebih tinggi mengalami gangguan fungsi kognitif, termasuk penurunan kemampuan belajar, konsentrasi, dan memori. Studi longitudinal menunjukkan bahwa paparan malnutrisi pada awal kehidupan berkaitan dengan penurunan skor intelektual (IQ) dan prestasi akademik di usia sekolah (Prendergast & Humphrey, 2022).

Dari aspek neurologis, risiko stunting berhubungan dengan gangguan perkembangan otak, termasuk penurunan volume otak, gangguan mielinisasi, serta perubahan struktur sinaptik. Kondisi ini berdampak pada keterlambatan perkembangan bahasa, motorik, dan sosial emosional anak (Dewey & Begum,

2021). Akibatnya, anak menjadi kurang responsif terhadap stimulasi lingkungan dan memiliki keterbatasan dalam interaksi sosial.

Risiko stunting juga berdampak pada peningkatan kerentanan terhadap penyakit infeksi. Anak dengan status gizi yang tidak optimal memiliki sistem imun yang lebih lemah, sehingga lebih mudah mengalami infeksi berulang seperti diare dan infeksi saluran pernapasan. Infeksi yang berulang ini kemudian memperburuk status gizi dan menciptakan siklus malnutrisi–infeksi yang berkelanjutan (Danaei et al., 2022).

Dalam jangka panjang, risiko stunting berkontribusi terhadap peningkatan risiko penyakit tidak menular (PTM) pada saat dewasa, seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit kardiovaskular. Hal ini berkaitan dengan adaptasi metabolik tubuh akibat kekurangan nutrisi kronis pada masa awal kehidupan yang menyebabkan perubahan permanen pada sistem metabolisme (Black et al., 2021).

Selain dampak kesehatan, risiko stunting juga memiliki konsekuensi sosial dan ekonomi. Individu yang mengalami stunting atau memiliki riwayat risiko stunting cenderung memiliki produktivitas kerja yang lebih rendah, tingkat pendidikan yang lebih rendah, serta pendapatan yang lebih rendah di masa dewasa. Studi ekonomi kesehatan menunjukkan bahwa stunting dapat menyebabkan kerugian ekonomi jangka panjang bagi negara akibat penurunan kualitas sumber daya manusia (Hoddinott et al., 2021).

Dengan demikian, dampak risiko stunting bersifat multidimensional, meliputi aspek fisik, kognitif, neurologis, imunologis, serta sosial ekonomi. Oleh karena itu, deteksi dini dan intervensi berbasis evidence-based nursing menjadi sangat penting untuk mencegah progresi risiko stunting menjadi stunting yang menetap.

C. Peran Perawat pada Permasalahan resiko *Stunting*

Risiko stunting merupakan masalah kesehatan yang bersifat multifaktorial sehingga memerlukan pendekatan interprofesional, termasuk kontribusi penting dari tenaga keperawatan. Perawat memiliki peran strategis dalam seluruh aspek pencegahan, mulai dari promotif, preventif, hingga rehabilitatif, khususnya pada periode kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang merupakan fase paling menentukan bagi pertumbuhan dan perkembangan anak (World Health Organization, 2021).

Dalam aspek promotif, perawat berperan sebagai edukator utama bagi keluarga, terutama ibu, dalam meningkatkan pengetahuan mengenai gizi seimbang, praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA), serta pentingnya Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Studi terbaru menunjukkan bahwa intervensi edukasi yang dilakukan oleh tenaga keperawatan secara signifikan meningkatkan kepatuhan ibu

terhadap praktik pemberian makan yang sesuai standar gizi anak (Beal et al., 2022). Edukasi ini menjadi dasar penting dalam mencegah munculnya faktor risiko stunting sejak dini.

Pada aspek preventif, perawat berperan dalam melakukan deteksi dini melalui pemantauan pertumbuhan anak secara rutin menggunakan indikator antropometri seperti berat badan menurut umur (BB/U) dan tinggi badan menurut umur (TB/U). Pemantauan ini memungkinkan identifikasi awal terhadap anak yang berada pada kondisi risiko stunting sebelum terjadi gangguan pertumbuhan yang menetap. Selain itu, perawat juga berperan dalam memberikan imunisasi, pencegahan infeksi, serta promosi kebersihan lingkungan untuk mengurangi faktor risiko yang berkontribusi terhadap stunting (Danaei et al., 2022).

Dalam aspek kuratif, perawat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam penanganan anak yang telah menunjukkan tanda-tanda malnutrisi atau berada dalam kondisi risiko tinggi stunting. Intervensi yang dilakukan mencakup pemantauan status gizi, pemberian konseling nutrisi, serta pendampingan keluarga dalam perbaikan pola makan anak. Pendekatan ini didukung oleh bukti bahwa intervensi nutrisi berbasis komunitas yang melibatkan perawat dapat memperbaiki status pertumbuhan anak secara signifikan (Prendergast & Humphrey, 2022).

Pada aspek rehabilitatif, perawat berperan dalam mendukung stimulasi tumbuh kembang anak, terutama pada aspek motorik, kognitif, dan sosial. Anak dengan risiko stunting sering menunjukkan keterlambatan perkembangan, sehingga diperlukan stimulasi dini yang terstruktur. Penelitian menunjukkan bahwa stimulasi perkembangan yang diberikan secara konsisten oleh tenaga kesehatan, termasuk perawat, dapat meningkatkan capaian perkembangan anak meskipun memiliki faktor risiko gizi (Dewey & Begum, 2021).

Selain itu, perawat juga memiliki peran sebagai advokat kesehatan, yaitu memastikan keluarga mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan, termasuk rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi jika ditemukan risiko stunting berat. Dalam konteks kesehatan masyarakat, perawat juga berperan sebagai koordinator dalam program intervensi berbasis komunitas seperti posyandu, kunjungan rumah, dan program 1000 HPK yang telah terbukti efektif dalam menurunkan prevalensi stunting (UNICEF, 2023).

Peran perawat dalam penanganan risiko stunting bersifat komprehensif dan multidimensional, mencakup edukasi, deteksi dini, intervensi klinis, stimulasi perkembangan, serta advokasi kesehatan. Pendekatan berbasis evidence-based nursing menjadi kunci dalam memastikan bahwa setiap intervensi yang dilakukan mampu memberikan dampak optimal dalam pencegahan stunting sejak dini.

D. Peran Keluarga dalam masalah Resiko Stunting

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak akibat kekurangan gizi kronis yang terjadi sejak masa kehamilan hingga awal kehidupan anak. Kondisi ini ditandai dengan tinggi badan menurut usia yang berada di bawah standar dan berdampak pada perkembangan kognitif, imunitas, serta produktivitas di masa depan (Black et al., 2013). Dalam konteks ini, keluarga memiliki peran penting sebagai lingkungan pertama dan utama dalam menentukan status gizi dan kesehatan anak.

1. Pemenuhan Asupan Gizi

Keluarga bertanggung jawab dalam menyediakan makanan bergizi seimbang bagi anak. Praktik pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama, dilanjutkan dengan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, merupakan faktor utama dalam mencegah stunting (World Health Organization [WHO], 2020). Kekurangan zat gizi pada masa awal kehidupan dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang bersifat permanen.

2. Pola Asuh dan Praktik Pemberian Makan

Pola asuh yang diterapkan dalam keluarga sangat memengaruhi status gizi anak. Pola asuh responsif, yaitu orang tua yang peka terhadap kebutuhan anak dan memberikan makanan secara tepat, dapat meningkatkan asupan nutrisi dan kesehatan anak (Dewey & Begum, 2011). Sebaliknya, pola asuh yang kurang tepat dapat meningkatkan risiko terjadinya malnutrisi.

3. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Lingkungan keluarga berperan dalam mencegah infeksi yang dapat memperburuk kondisi gizi anak. Praktik seperti mencuci tangan dengan sabun, penggunaan air bersih, dan sanitasi yang baik dapat menurunkan risiko penyakit infeksi seperti diare, yang berkontribusi terhadap stunting (UNICEF, 2019).

4. Pendidikan dan Literasi Gizi

Pengetahuan orang tua mengenai gizi sangat memengaruhi pemilihan makanan dan pola makan anak. Orang tua dengan literasi gizi yang baik cenderung mampu menyediakan makanan yang beragam dan bergizi, sehingga mendukung pertumbuhan optimal anak (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

5. Kesehatan Ibu dan Perawatan Selama Kehamilan

Peran keluarga juga terlihat dalam mendukung kesehatan ibu selama masa kehamilan. Status gizi ibu, pemeriksaan kehamilan secara rutin, serta pencegahan anemia merupakan faktor penting dalam mencegah bayi lahir dengan berat badan rendah yang berisiko mengalami stunting (Victora et al., 2008).

6. Dukungan Sosial dan Ekonomi

Kondisi sosial ekonomi keluarga memengaruhi akses terhadap pangan bergizi dan layanan kesehatan. Selain itu, dukungan emosional dalam keluarga dapat menciptakan lingkungan yang kondusif bagi tumbuh kembang anak (Black et al., 2013).

E. Konsep Dasar Resiko Stunting

1. Definisi

Risiko stunting merupakan kondisi dimana individu, khususnya anak pada periode awal kehidupan, memiliki kemungkinan tinggi mengalami gangguan pertumbuhan linear akibat paparan berbagai faktor determinan yang bersifat kronis dan kumulatif. Risiko ini muncul sebelum terjadinya manifestasi stunting secara klinis, dan berkaitan erat dengan faktor biologis, perilaku, lingkungan, serta sosial ekonomi yang mempengaruhi status gizi anak. Menurut penelitian terbaru, risiko stunting dapat didefinisikan sebagai kondisi paparan terhadap faktor-faktor yang secara signifikan meningkatkan kemungkinan terjadinya stunting, seperti asupan nutrisi yang tidak adekuat, praktik pemberian makan yang tidak tepat, riwayat berat badan lahir rendah, serta infeksi berulang (Apriastini et al., 2024). Faktor-faktor tersebut bekerja secara sinergis dalam jangka panjang sehingga menghambat pertumbuhan optimal anak.

Studi berbasis kerangka konseptual WHO menunjukkan bahwa risiko stunting berkaitan dengan kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan gizi dan kesehatan anak selama periode kritis, terutama dalam praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA), seperti tidak optimalnya inisiasi menyusui dini, rendahnya cakupan ASI eksklusif, serta keterlambatan atau ketidaktepatan pemberian makanan pendamping ASI (Aulia & Oktriani, 2024). Kondisi ini meningkatkan kerentanan anak terhadap gangguan pertumbuhan sebelum stunting benar-benar terjadi.

Kajian literatur terbaru menegaskan bahwa risiko stunting bersifat multifaktorial dan dipengaruhi oleh determinan yang lebih luas, termasuk status gizi ibu, tingkat pendidikan orang tua, kondisi ekonomi keluarga, serta sanitasi lingkungan. Kombinasi faktor-faktor tersebut menciptakan kondisi kerentanan yang berkelanjutan terhadap gangguan pertumbuhan anak (Putri & Lismayanti, 2024). Dapat disimpulkan sebagai keadaan kerentanan anak terhadap terjadinya gangguan pertumbuhan linear akibat paparan faktor gizi, kesehatan, dan lingkungan yang tidak optimal secara kronis, yang apabila tidak ditangani sejak dini dapat berkembang menjadi stunting yang bersifat permanen.

2. Etiologi

Etiologi risiko stunting bersifat multifaktorial dan merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, nutrisi, lingkungan, serta sosial ekonomi yang berlangsung secara kronis sejak periode prenatal hingga awal kehidupan anak. Risiko stunting muncul ketika anak terpapar berbagai determinan yang menghambat pertumbuhan linear, meskipun belum menunjukkan manifestasi stunting secara klinis.

Secara biologis, faktor maternal merupakan determinan utama dalam etiologi risiko stunting. Kondisi seperti malnutrisi ibu selama kehamilan, anemia, serta status gizi yang buruk sebelum konsepsi berkontribusi terhadap gangguan pertumbuhan janin dan meningkatkan risiko berat badan lahir rendah (BBLR). BBLR sendiri telah terbukti menjadi salah satu faktor risiko kuat terjadinya stunting pada anak (Prasetyo & Syafi'i, 2024). Selain itu, status kesehatan ibu yang tidak optimal juga dapat mempengaruhi kualitas nutrisi yang diterima janin selama masa intrauterin. Dari aspek nutrisi anak, etiologi risiko stunting sangat berkaitan dengan ketidakcukupan asupan gizi baik secara kualitas maupun kuantitas. Tidak optimalnya pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif serta praktik pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak sesuai usia dan kebutuhan gizi anak menjadi faktor utama yang berkontribusi terhadap gangguan pertumbuhan. Kekurangan protein dan mikronutrien penting seperti zat besi, seng, dan vitamin A dapat menghambat pertumbuhan jaringan dan perkembangan organ tubuh (Magno et al., 2024).

Infeksi berulang juga merupakan bagian penting dari etiologi risiko stunting. Anak yang sering mengalami penyakit infeksi, seperti diare dan infeksi saluran pernapasan, cenderung mengalami penurunan nafsu makan, gangguan penyerapan nutrisi, serta peningkatan kebutuhan energi tubuh. Kondisi ini menyebabkan ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan nutrisi, sehingga memperbesar risiko gangguan pertumbuhan (Azriani et al., 2024). Faktor lingkungan memiliki peran signifikan dalam etiologi risiko stunting. Sanitasi yang buruk, akses air bersih yang terbatas, serta praktik higiene yang tidak memadai meningkatkan paparan terhadap patogen, yang pada akhirnya memicu terjadinya infeksi kronis dan gangguan fungsi usus. Kondisi ini dikenal sebagai *environmental enteric dysfunction* (EED), yang menyebabkan penurunan kemampuan usus dalam menyerap nutrisi secara optimal (MDPI Review, 2024).

Faktor sosial ekonomi juga menjadi determinan penting dalam risiko stunting. Rendahnya tingkat pendidikan orang tua, khususnya ibu, serta keterbatasan ekonomi keluarga berpengaruh terhadap kemampuan dalam

menyediakan makanan bergizi, akses terhadap layanan kesehatan, serta praktik pengasuhan anak yang optimal. Studi di Indonesia menunjukkan bahwa faktor seperti ketahanan pangan rumah tangga dan keragaman konsumsi makanan berperan dalam menentukan status pertumbuhan anak (Wahidah et al., 2024). Pendekatan sistematis menunjukkan bahwa etiologi risiko stunting tidak berdiri sendiri, melainkan merupakan hasil interaksi antara faktor langsung (asupan gizi dan penyakit infeksi) dan faktor tidak langsung (lingkungan, sosial ekonomi, dan pelayanan kesehatan). Analisis meta dan systematic review di Indonesia menegaskan bahwa kombinasi faktor-faktor tersebut secara signifikan meningkatkan kemungkinan terjadinya stunting pada anak (Gusnedi et al., 2023).

Dapat disimpulkan sebagai kondisi kompleks yang melibatkan faktor maternal, nutrisi anak, infeksi, lingkungan, serta sosial ekonomi yang saling berinteraksi dan berlangsung dalam jangka panjang. Pemahaman yang komprehensif terhadap etiologi ini sangat penting bagi perawat dalam melakukan deteksi dini dan merancang intervensi berbasis evidence untuk mencegah terjadinya stunting.

3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala risiko stunting merupakan indikator awal yang menunjukkan adanya potensi gangguan pertumbuhan linear pada anak akibat paparan faktor risiko yang bersifat kronis dan kumulatif. Kondisi ini seringkali belum menunjukkan manifestasi stunting secara klinis, namun dapat diidentifikasi melalui pengkajian pertumbuhan, status gizi, riwayat kesehatan, serta faktor lingkungan dan pola asuh.

Salah satu indikator utama risiko stunting adalah terjadinya perlambatan pertumbuhan linear (*growth faltering*), yaitu kondisi dimana peningkatan tinggi badan anak tidak sesuai dengan standar kurva pertumbuhan usianya. Anak yang berisiko stunting umumnya memiliki nilai tinggi badan menurut umur (TB/U) yang mendekati batas -2 standar deviasi, meskipun belum termasuk kategori stunting. Studi longitudinal terbaru menunjukkan bahwa *growth faltering* yang terjadi pada dua tahun pertama kehidupan merupakan prediktor kuat terjadinya stunting di kemudian hari (Prendergast & Humphrey, 2021).

Selain itu, anak dengan risiko stunting seringkali menunjukkan penambahan berat badan yang tidak adekuat. Kondisi ini mencerminkan ketidakseimbangan antara asupan nutrisi dan kebutuhan metabolik tubuh. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa anak dengan asupan energi dan protein yang rendah, serta kekurangan mikronutrien seperti zat besi dan seng, memiliki

kecenderungan mengalami gangguan pertumbuhan yang progresif (Beal et al., 2022).

Dari aspek klinis, anak yang berisiko stunting dapat menunjukkan tanda-tanda awal malnutrisi, seperti penurunan nafsu makan, mudah lelah, serta aktivitas yang cenderung menurun. Kondisi ini sering berkaitan dengan adanya infeksi berulang, seperti diare dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA). Infeksi yang terjadi secara berulang tidak hanya menurunkan asupan makanan, tetapi juga mengganggu absorpsi nutrisi serta meningkatkan kebutuhan energi tubuh, sehingga memperburuk status gizi anak (Tickell et al., 2021). Gangguan fungsi usus yang dikenal sebagai *environmental enteric dysfunction* (EED) juga menjadi salah satu tanda yang mendasari risiko stunting. EED ditandai dengan peningkatan permeabilitas usus, inflamasi kronis, serta gangguan penyerapan nutrisi, yang sering terjadi pada anak yang hidup di lingkungan dengan sanitasi buruk. Kondisi ini berkontribusi terhadap terjadinya malnutrisi kronis meskipun asupan makanan tampak cukup (Keusch et al., 2022).

Aspek perkembangan, anak dengan risiko stunting dapat mengalami keterlambatan perkembangan, terutama dalam domain motorik dan kognitif. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa anak dengan paparan malnutrisi kronis pada usia dini memiliki skor perkembangan yang lebih rendah dibandingkan anak dengan status gizi normal, bahkan sebelum stunting terdiagnosis secara antropometrik (Perumal et al., 2021).

Faktor lingkungan dan sosial juga berkontribusi terhadap munculnya tanda risiko stunting. Anak yang tinggal di lingkungan dengan akses air bersih terbatas, sanitasi buruk, serta praktik higiene yang tidak memadai memiliki risiko lebih tinggi mengalami infeksi dan gangguan gizi. Selain itu, rendahnya pengetahuan orang tua terkait pemberian makan bayi dan anak (PMBA) serta keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan turut memperburuk kondisi risiko stunting (Danaei et al., 2022).

Dengan demikian, tanda dan gejala risiko stunting merupakan kombinasi indikator yang meliputi perlambatan pertumbuhan, pertambahan berat badan yang tidak adekuat, tanda awal malnutrisi, infeksi berulang, gangguan fungsi usus, serta keterlambatan perkembangan. Identifikasi dini terhadap tanda-tanda tersebut sangat penting dalam praktik keperawatan, karena memungkinkan dilakukannya intervensi preventif secara tepat waktu untuk mencegah terjadinya stunting yang bersifat permanen.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan risiko stunting merupakan rangkaian intervensi komprehensif yang bertujuan untuk mencegah terjadinya gangguan pertumbuhan linear pada anak sebelum kondisi tersebut menjadi stunting yang bersifat permanen. Pendekatan ini menekankan pentingnya intervensi dini, berbasis bukti, serta terintegrasi antara pelayanan kesehatan, keluarga, dan komunitas, terutama pada periode kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (World Health Organization, 2021).

Dalam praktik keperawatan, penatalaksanaan risiko stunting berfokus pada pengendalian faktor risiko utama yang telah diidentifikasi melalui pengkajian dan penegakan diagnosa SDKI, khususnya Risiko Gangguan Pertumbuhan. Penatalaksanaan ini mencakup intervensi promotif, preventif, kuratif terbatas, dan rehabilitatif yang dilakukan secara berkesinambungan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017).

a. Intervensi Nutrisi sebagai Upaya Utama

Intervensi utama dalam penatalaksanaan risiko stunting adalah perbaikan status gizi anak melalui pemenuhan kebutuhan energi, protein, dan mikronutrien. Studi terbaru menunjukkan bahwa defisiensi zat gizi mikro seperti zinc, zat besi, dan vitamin A berkontribusi signifikan terhadap gangguan pertumbuhan linear pada anak (Beal et al., 2022). Oleh karena itu, perawat berperan dalam memberikan edukasi terkait pemberian ASI eksklusif, MP-ASI yang adekuat, serta pola makan bergizi seimbang sesuai usia anak.

Selain itu, pemantauan status gizi secara rutin menggunakan indikator antropometri seperti berat badan menurut umur (BB/U) dan tinggi badan menurut umur (TB/U) menjadi bagian penting dalam evaluasi keberhasilan intervensi. Pendekatan ini memungkinkan deteksi dini terhadap growth faltering sebelum berkembang menjadi stunting (Danaei et al., 2022).

b. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Infeksi berulang seperti diare dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) memiliki kontribusi besar terhadap risiko stunting melalui gangguan absorpsi nutrisi dan peningkatan kebutuhan metabolik tubuh. Studi global menunjukkan bahwa anak dengan riwayat infeksi berulang memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan pertumbuhan linear (Prendergast & Humphrey, 2022). Oleh karena itu, penatalaksanaan keperawatan mencakup edukasi higiene, sanitasi lingkungan, serta kepatuhan imunisasi sebagai upaya pencegahan infeksi.

c. Stimulasi Tumbuh Kembang Anak

Penatalaksanaan risiko stunting juga mencakup stimulasi perkembangan anak, terutama pada aspek motorik, kognitif, dan sosial emosional. Penelitian menunjukkan bahwa stimulasi dini yang diberikan secara konsisten dapat meningkatkan capaian perkembangan anak meskipun terdapat faktor risiko gizi (Dewey & Begum, 2021). Perawat berperan dalam memberikan edukasi kepada orang tua mengenai pentingnya stimulasi sesuai usia perkembangan anak

d. Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga

Edukasi keluarga merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan risiko stunting. Peningkatan pengetahuan orang tua mengenai gizi, pola asuh, dan kesehatan lingkungan terbukti berkontribusi signifikan dalam menurunkan faktor risiko stunting (UNICEF, 2023). Perawat berperan sebagai edukator dan konselor yang memberikan informasi berbasis bukti mengenai praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA), serta pentingnya 1000 HPK.

e. Pendekatan Komunitas dan Kolaborasi Lintas Sektor

Penatalaksanaan risiko stunting tidak dapat dilakukan secara individual, tetapi membutuhkan pendekatan berbasis komunitas. Program kesehatan seperti posyandu, kunjungan rumah, dan intervensi berbasis masyarakat terbukti efektif dalam menurunkan prevalensi stunting melalui deteksi dini dan pemantauan berkelanjutan (WHO, 2021). Perawat berperan sebagai koordinator dalam pelaksanaan program ini serta berkolaborasi dengan tenaga gizi, dokter, dan kader kesehatan.

f. Evaluasi dan Monitoring Berkelanjutan

Evaluasi penatalaksanaan dilakukan melalui pemantauan pertumbuhan anak secara berkala, perubahan status gizi, serta peningkatan pengetahuan dan perilaku keluarga. Keberhasilan intervensi ditandai dengan tidak adanya penurunan kurva pertumbuhan serta tercapainya indikator SLKI berupa pertumbuhan anak yang optimal sesuai usia.

F. Asuhan Keperawatan Pada Risiko Stunting

Asuhan keperawatan pada risiko stunting merupakan proses keperawatan komprehensif yang berfokus pada upaya pencegahan gangguan pertumbuhan linear sebelum kondisi stunting terjadi secara permanen. Pendekatan ini menekankan pentingnya deteksi dini, intervensi berbasis bukti, serta keterlibatan keluarga dalam menjaga status gizi dan kesehatan anak, khususnya pada periode kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (World Health Organization, 2021).

1. Pengkajian

Dalam konteks keperawatan, pengkajian merupakan tahap awal yang sangat penting dalam mengidentifikasi faktor risiko stunting. Pengkajian meliputi aspek biologis, nutrisi, psikososial, serta lingkungan anak. Secara ilmiah, anak dengan risiko stunting sering menunjukkan riwayat asupan gizi yang tidak adekuat, riwayat infeksi berulang, serta kondisi lingkungan dengan sanitasi yang buruk (Danaei et al., 2022). Selain itu, faktor maternal seperti status gizi ibu selama kehamilan juga menjadi determinan penting yang harus dikaji secara menyeluruh (Beal et al., 2022).

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), beberapa diagnosa yang sering muncul pada anak dengan risiko stunting antara lain:

- a. Risiko Gangguan Pertumbuhan”,
- b. Ketidakseimbangan Nutrisi: Kurang dari Kebutuhan Tubuh.
- c. Defisit Pengetahuan Keluarga.

Secara evidence-based, risiko gangguan pertumbuhan pada anak sangat berkaitan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan energi serta protein dalam jangka panjang. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa defisiensi mikronutrien seperti zinc dan zat besi berkontribusi signifikan terhadap gangguan pertumbuhan linear anak (Prendergast & Humphrey, 2022). Oleh karena itu, diagnosa keperawatan harus mempertimbangkan faktor biologis dan lingkungan secara simultan.

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi, perawat berperan dalam memberikan edukasi kesehatan kepada keluarga mengenai gizi seimbang, praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA), serta pentingnya Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Intervensi berbasis edukasi terbukti meningkatkan pengetahuan dan perilaku ibu dalam mencegah stunting (UNICEF, 2023). Selain itu, perawat juga melakukan pemantauan pertumbuhan secara rutin menggunakan indikator antropometri seperti TB/U dan BB/U untuk mendeteksi dini gangguan pertumbuhan.

Intervensi lain yang penting adalah pencegahan infeksi melalui edukasi higiene dan sanitasi lingkungan, seperti kebiasaan mencuci tangan pakai sabun serta penggunaan air bersih. Studi menunjukkan bahwa perbaikan sanitasi dan pencegahan infeksi berulang dapat menurunkan risiko gangguan pertumbuhan pada anak secara signifikan (Danaei et al., 2022). Hal ini menunjukkan bahwa

pendekatan keperawatan harus bersifat holistik dan tidak hanya berfokus pada aspek nutrisi.

4. Implementasi Keperawatan

Dalam tahap implementasi, perawat melaksanakan intervensi yang telah direncanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kegiatan tersebut meliputi penyuluhan gizi, kunjungan rumah, pemantauan status gizi, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam program pencegahan stunting berbasis komunitas. Program intervensi 1000 HPK yang melibatkan perawat terbukti efektif dalam menurunkan prevalensi stunting di berbagai negara berkembang (WHO, 2021).

Tahap evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi keperawatan, yang ditandai dengan meningkatnya status gizi anak, meningkatnya pengetahuan keluarga, serta tidak adanya penurunan kurva pertumbuhan anak. Evaluasi ini menjadi dasar untuk menentukan keberlanjutan intervensi keperawatan selanjutnya. Asuhan keperawatan pada risiko stunting merupakan proses sistematis yang melibatkan pengkajian komprehensif, penegakan diagnosa SDKI, perencanaan intervensi berbasis evidence-based nursing, implementasi, serta evaluasi berkelanjutan. Pendekatan ini menegaskan peran penting perawat dalam pencegahan stunting melalui intervensi yang holistik, terintegrasi, dan berbasis bukti ilmiah terbaru

G. Penutup

Asuhan keperawatan pada risiko stunting merupakan rangkaian proses keperawatan yang bersifat komprehensif, sistematis, dan berkelanjutan yang berfokus pada upaya pencegahan gangguan pertumbuhan linear sebelum berkembang menjadi kondisi stunting yang menetap. Pendekatan ini menekankan pentingnya deteksi dini, intervensi berbasis bukti, serta keterlibatan keluarga dan komunitas, khususnya pada periode kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang merupakan fase paling menentukan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak (World Health Organization, 2021).

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), masalah utama yang sering muncul pada anak dengan risiko stunting adalah Risiko Gangguan Pertumbuhan, yang ditandai dengan adanya faktor risiko seperti asupan nutrisi tidak adekuat, riwayat infeksi berulang, berat badan lahir rendah, serta kondisi lingkungan yang tidak mendukung tumbuh kembang optimal (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017). Penegakan diagnosa ini menjadi dasar dalam menyusun intervensi keperawatan yang tepat sasaran dan berbasis kebutuhan individu anak.

Dalam perspektif evidence-based nursing, berbagai penelitian terbaru menunjukkan bahwa risiko stunting merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, nutrisi, lingkungan, dan sosial ekonomi. Oleh karena itu, pendekatan keperawatan tidak dapat dilakukan secara parsial, melainkan harus mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terintegrasi (Beal et al., 2022). Intervensi seperti edukasi gizi, pemantauan pertumbuhan, serta pencegahan infeksi terbukti efektif dalam menurunkan faktor risiko yang berkontribusi terhadap gangguan pertumbuhan anak (Danaei et al., 2022).

Selain itu, peran keluarga sebagai unit utama dalam perawatan anak menjadi faktor kunci dalam keberhasilan asuhan keperawatan. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan orang tua dalam pemberian makan bayi dan anak, praktik ASI eksklusif, serta penerapan higiene dan sanitasi yang baik terbukti memiliki dampak signifikan dalam mencegah terjadinya stunting (UNICEF, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan intervensi keperawatan sangat bergantung pada kolaborasi aktif antara perawat, keluarga, dan sistem layanan kesehatan.

Asuhan keperawatan pada risiko stunting tidak hanya berfokus pada aspek klinis semata, tetapi juga mencakup pendekatan holistik yang melibatkan aspek edukasi, pencegahan, pemantauan, serta pemberdayaan keluarga. Integrasi SDKI dalam proses keperawatan memberikan kerangka kerja yang sistematis bagi perawat dalam mengidentifikasi masalah, menentukan intervensi, dan mengevaluasi hasil secara objektif. Pendekatan ini diharapkan dapat berkontribusi dalam upaya penurunan angka stunting secara berkelanjutan dan peningkatan kualitas sumber daya manusia di masa depan.

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mencegah risiko stunting melalui pemenuhan gizi, pola asuh, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, serta dukungan terhadap kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, intervensi pencegahan stunting harus melibatkan keluarga sebagai aktor utama dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan anak.

Referensi

- Apriastini, A., Adnyani, N. P. T., Selvyani, P. O., & Setiawan, K. H. (2024). Stunting: Faktor risiko, diagnosis, tatalaksana, dan prognosis. *Ganesha Medicina*, 4(1).
- Aulia, F., & Oktriani, T. (2024). Risk factor of stunting based on WHO conceptual framework on childhood stunting. *Jurnal Kesehatan*, 15(3).
- Azriani, D., Masita, Qinthara, N. S., et al. (2024). Risk factors associated with stunting incidence in under five children in Southeast Asia: A scoping review. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 43, 174.

- Beal, T., Tumilowicz, A., Sutrisna, A., Izwardy, D., & Neufeld, L. M. (2022). A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal & Child Nutrition*, 18(S1), e13380.
- Black, R. E., Heidkamp, R. A., de Pee, S., et al. (2021). Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *The Lancet*, 397(10282), 503–513.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., ... Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Danaei, G., Andrews, K. G., Sudfeld, C. R., et al. (2022). Risk factors for childhood stunting in 137 developing countries: A comparative risk assessment analysis. *The Lancet Global Health*, 10(2), e240–e257.
- Dewey, K. G., & Begum, K. (2021). Long-term consequences of stunting in early life. *Maternal & Child Nutrition*, 17(S1), e13136.
- Gusnedi, G., Nindrea, R. D., Purnakarya, I., et al. (2023). Risk factors associated with childhood stunting in Indonesia: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 32(2), 184–195.
- Hoddinott, J., Alderman, H., Behrman, J. R., Haddad, L., & Horton, S. (2021). The economic consequences of stunting. *The Lancet*, 397(10282), 503–513.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman pencegahan stunting di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Keusch, G. T., Rosenberg, I. H., Denno, D. M., et al. (2022). Implications of acquired environmental enteric dysfunction for growth and stunting in infants and children. *Clinical Infectious Diseases*, 75(S2), S120–S128.
- Magno, J., da Silva, V., & Nahak, M. (2024). Factors influencing the incidence of stunting among children aged 24–59 months. *KESANS: International Journal of Health and Science*.
- Perumal, N., Bassani, D. G., & Roth, D. E. (2021). Use and misuse of stunting as a measure of child health. *The Journal of Nutrition*, 151(10), 3110–3113.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*.
- Prasetyo, Y. B., & Syafi'i, D. M. (2024). Factors associated with stunting in children under five years: A systematic review. *International Journal of Nutrition and Dietetics*, 12(6), 413–425.
- Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2021). The stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, 41(2), 82–89.
- Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2022). Stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, 42(1), 1–10

- Putri, A., & Lismayanti, L. (2024). Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi stunting pada balita: Literatur review. *Jurnal Ilmiah Penelitian Mahasiswa*, 3(6).
- Tickell, K. D., Atlas, H. E., Walson, J. L., et al. (2021). Environmental enteric dysfunction: A review of potential mechanisms, consequences, and management strategies. *BMC Medicine*, 19, 181
- UNICEF. (2023). *Child Malnutrition Estimates Report*.
- UNICEF. (2019). *The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition*. New York: UNICEF.
- Victora, C. G., Christian, P., Vdaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399.
- Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., & Sachdev, H. S. (2008). Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609), 340–357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- World Health Organization. (2021). *Guideline on assessing and managing child growth and development*.
- World Health Organization. (2020). *Infant and young child feeding*. Geneva: WHO.

Glosarium

A

Aspek Promotif : Adalah upaya pelayanan kesehatan yang berfokus pada peningkatan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat melalui edukasi, pemberdayaan, dan promosi gaya hidup sehat.

Aspek Preventif : Adalah tindakan proaktif atau langkah pencegahan yang dilakukan sebelum suatu masalah, penyakit, atau pelanggaran terjadi

Aspek Kuratif: Adalah erangkaian tindakan medis yang bertujuan menyembuhkan penyakit, mengurangi penderitaan, mengendalikan penyakit, atau mengatasi kecacatan

Aspek rehabilitatif adalah upaya pemulihan kesehatan fisik maupun mental setelah sakit.

D

Defisiensi mikronutrien: Adalah kondisi kekurangan vitamin dan mineral esensial (seperti zat besi, yodium, vitamin A, seng) yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah kecil untuk pertumbuhan, perkembangan, dan fungsi imun yang optimal

E

Evidence-Based Nursing: Adalah pendekatan praktik keperawatan yang mengintegrasikan bukti penelitian ilmiah terbaik, keahlian klinis perawat, dan nilai-nilai pasien untuk mengambil keputusan perawatan.

S

Stunting : Adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, terutama dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan

BAB 3

MANAJEMEN PENYAKIT KRONIS BERBASIS RUMAH

A. Pendahuluan

Penyakit kronis merupakan salah satu masalah kesehatan utama yang terus meningkat di berbagai negara, termasuk Indonesia. Penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, penyakit paru obstruktif kronis, dan gagal ginjal memerlukan penanganan jangka panjang karena bersifat progresif, berlangsung lama, serta berisiko menimbulkan komplikasi serius apabila tidak dikelola secara optimal. Peningkatan angka kejadian penyakit kronis tidak hanya berdampak pada kondisi kesehatan individu, tetapi juga menimbulkan beban sosial dan ekonomi bagi keluarga, masyarakat, serta sistem pelayanan kesehatan.

Perubahan pola hidup masyarakat, peningkatan usia harapan hidup, urbanisasi, kurangnya aktivitas fisik, pola makan tidak sehat, merokok, dan stres menjadi faktor yang berkontribusi terhadap meningkatnya prevalensi penyakit kronis. Kondisi ini menyebabkan pelayanan kesehatan menghadapi tantangan besar, terutama dalam menyediakan perawatan berkelanjutan yang efektif, efisien, dan mudah diakses oleh masyarakat. Pendekatan pelayanan yang hanya berfokus pada pengobatan di fasilitas kesehatan dinilai belum cukup untuk menjawab kompleksitas masalah penyakit kronis.

Dalam konteks tersebut, manajemen penyakit kronis berbasis rumah menjadi salah satu pendekatan yang relevan dan strategis. Rumah dipandang sebagai pusat perawatan karena sebagian besar proses pengelolaan penyakit kronis berlangsung dalam kehidupan sehari-hari pasien, seperti penggunaan obat, pengaturan pola makan, aktivitas fisik, pemantauan kondisi kesehatan, serta adaptasi psikologis terhadap penyakit. Pendekatan berbasis rumah menempatkan pasien dan keluarga sebagai aktor utama dalam proses perawatan dengan dukungan tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas.

Keluarga memiliki peran penting sebagai sistem pendukung utama dalam membantu pasien menjalankan terapi, memberikan dukungan emosional, memantau kondisi kesehatan, serta mengambil keputusan terkait perawatan. Di sisi lain, perawat komunitas berperan strategis dalam memberikan edukasi kesehatan,

melakukan kunjungan rumah, memantau perkembangan pasien, mengoordinasikan pelayanan, serta memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu melakukan *self-management* secara optimal.

Pendekatan berbasis rumah juga sejalan dengan perkembangan sistem pelayanan kesehatan modern yang menekankan pentingnya pelayanan promotif, preventif, partisipatif, dan berkelanjutan. Pemanfaatan teknologi seperti *telehealth*, aplikasi kesehatan digital, dan alat monitoring mandiri semakin memperkuat implementasi manajemen penyakit kronis di rumah, terutama dalam meningkatkan akses pelayanan dan kesinambungan perawatan.

Meskipun demikian, implementasi manajemen penyakit kronis berbasis rumah masih menghadapi berbagai tantangan, seperti rendahnya literasi kesehatan, keterbatasan ekonomi, kurangnya dukungan keluarga, rendahnya kepatuhan pasien, serta belum optimalnya integrasi layanan kesehatan komunitas. Oleh karena itu, diperlukan strategi intervensi yang holistik, kontekstual, dan kolaboratif agar pendekatan ini dapat berjalan secara efektif.

Bab ini membahas konsep penyakit kronis, manajemen penyakit kronis berbasis rumah, peran keluarga, *self-management*, edukasi kesehatan, monitoring dan evaluasi, kepatuhan terapi, peran perawat komunitas, strategi intervensi berbasis rumah, hingga tantangan dan hambatan implementasinya. Dengan memahami berbagai aspek tersebut, diharapkan mahasiswa, dosen, dan praktisi keperawatan mampu mengembangkan pelayanan kesehatan berbasis keluarga dan komunitas yang lebih efektif dalam menghadapi beban penyakit kronis di masyarakat.

B. Konsep penyakit kronis

Penyakit kronis merupakan kondisi kesehatan yang berlangsung dalam jangka waktu lama, bersifat progresif, dan umumnya tidak dapat disembuhkan secara total, namun dapat dikendalikan melalui intervensi yang tepat dan berkelanjutan. Penyakit kronis memerlukan pengelolaan jangka panjang yang melibatkan kombinasi terapi medis, perubahan gaya hidup, serta dukungan psikososial guna mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien (World Health Organization [WHO], 2022). Contoh penyakit kronis beserta karakteristik utamanya disajikan pada Tabel 2.1

Tabel 3.1: Contoh Penyakit Kronis dan Karakteristiknya

Penyakit	Karakteristik	Dampak Utama
Diabetes Melitus	Gangguan metabolisme glukosa	Komplikasi organ
Hipertensi	Tekanan darah tinggi kronis	Risiko stroke

Penyakit Jantung	Gangguan fungsi jantung	Kematian dini
PPOK	Gangguan paru kronis	Sesak napas

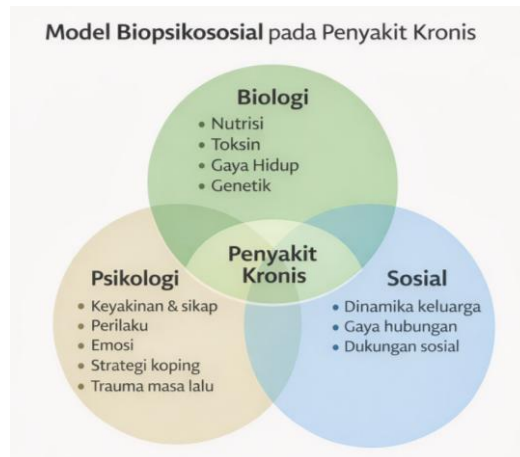
Secara global, penyakit kronis atau penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian. Menurut WHO, sekitar 74% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular, seperti penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, dan penyakit paru kronis (WHO, 2022). Di Indonesia, tren serupa juga terjadi, di mana penyakit kronis menunjukkan peningkatan signifikan seiring perubahan gaya hidup, urbanisasi, dan penuaan populasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

Karakteristik utama penyakit kronis meliputi durasi yang panjang, perjalanan penyakit yang fluktuatif, serta kebutuhan perawatan berkelanjutan. Selain itu, penyakit kronis menuntut keterlibatan aktif pasien dalam pengelolaan kondisi kesehatannya (*self-management*), yang mencakup kepatuhan terhadap pengobatan, pengaturan diet, aktivitas fisik, serta pemantauan kondisi kesehatan secara mandiri (Barlow, 2002). Hal ini membedakan penyakit kronis dari penyakit akut yang umumnya bersifat jangka pendek dan memiliki pola penyembuhan yang lebih jelas. Perbedaan karakteristik penyakit kronis dan penyakit akut disajikan pada Tabel 2.

Tabel 3.2: Perbedaan Penyakit Kronis dan Penyakit Akut

Aspek	Penyakit Kronis	Penyakit Akut
Durasi	Jangka panjang (bulan–tahun)	Jangka pendek
Sifat	Progresif, tidak sembuh total	Umumnya sembuh
Penanganan	Berkelanjutan	Sementara
Peran pasien	Aktif (<i>self-management</i>)	Pasif
Contoh	DM, hipertensi, jantung	Influenza, infeksi akut

Dampak penyakit kronis tidak hanya terbatas pada aspek biologis, tetapi juga meluas ke dimensi psikologis, sosial, dan ekonomi. Secara psikologis, pasien sering mengalami stres, kecemasan, bahkan depresi akibat kondisi yang berkepanjangan. Secara sosial, penyakit kronis dapat menurunkan produktivitas dan mengganggu peran individu dalam keluarga maupun masyarakat. Dari sisi ekonomi, biaya pengobatan jangka panjang menjadi beban baik bagi individu maupun sistem kesehatan (Nolte & McKee, 2008).



Gambar 3.1: Model Biopsikososial pada Penyakit Kronis

Gambar tersebut menunjukkan bahwa penyakit kronis dipengaruhi oleh interaksi faktor biologis, psikologis, dan sosial, sehingga penanganannya memerlukan pendekatan multidimensional.

Dalam konteks keluarga, penyakit kronis dapat mengubah dinamika peran dan fungsi keluarga. Anggota keluarga seringkali harus mengambil peran sebagai *caregiver*, yang berimplikasi pada meningkatnya beban fisik, emosional, dan sosial. Oleh karena itu, pendekatan penanganan penyakit kronis tidak dapat hanya berfokus pada individu, tetapi juga harus melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung utama melalui pendekatan *family-centered care* (Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, 2018).

1. Analisis Kritis

Meskipun konsep penyakit kronis telah banyak dibahas dalam literatur, implementasi pengelolaannya di lapangan masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu isu utama adalah dominannya pendekatan kuratif dibandingkan pendekatan promotif dan preventif, khususnya di negara berkembang. Sistem pelayanan kesehatan masih cenderung berorientasi pada penanganan ketika pasien telah mengalami komplikasi, bukan pada pengelolaan jangka panjang di tingkat komunitas.

Selain itu, konsep *self-management* seringkali diasumsikan dapat dilakukan secara optimal oleh seluruh pasien. Padahal, dalam kenyataannya keberhasilan manajemen diri sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, budaya, serta tingkat literasi kesehatan. Keterbatasan akses terhadap informasi dan sumber daya kesehatan dapat menghambat kemampuan pasien dalam memahami penyakit serta menjalankan terapi secara mandiri.

Lebih lanjut, dalam konteks keperawatan komunitas masih terdapat kesenjangan antara konsep teoritis dan praktik pelayanan. Peran keluarga sebagai *caregiver* belum sepenuhnya diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan formal. Padahal, berbagai penelitian menunjukkan bahwa intervensi berbasis keluarga memiliki efektivitas yang lebih tinggi dalam meningkatkan kepatuhan terapi dan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis.

Dengan demikian, diperlukan transformasi paradigma dari *disease-centered care* menuju *person- and family-centered care*, yang menempatkan pasien dan keluarga sebagai mitra aktif dalam proses perawatan. Perawat komunitas memiliki posisi strategis dalam menjembatani kesenjangan tersebut melalui edukasi, pemberdayaan, dan pendampingan berkelanjutan di tingkat rumah tangga.

Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan masih belum sepenuhnya bertransformasi dari paradigma reaktif menuju paradigma proaktif dalam pengelolaan penyakit kronis.

2. Penutup Subbab

Dengan demikian, pemahaman yang komprehensif mengenai konsep penyakit kronis menjadi landasan penting dalam pengembangan intervensi keperawatan komunitas berbasis keluarga yang efektif dan berkelanjutan. Pendekatan multidimensional yang melibatkan pasien, keluarga, serta tenaga kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan menurunkan beban penyakit kronis di masyarakat.

C. Manajemen Penyakit Kronis Berbasis Rumah

Manajemen penyakit kronis berbasis rumah merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang menempatkan rumah sebagai pusat utama perawatan dengan melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam pengelolaan penyakit. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip *continuity of care*, yaitu kesinambungan pelayanan dari fasilitas kesehatan ke lingkungan rumah, serta integrasi antara pelayanan kesehatan formal dan perawatan mandiri (*self-care*) (Nolte & McKee, 2008; WHO, 2022).

Dalam konteks penyakit kronis, sebagian besar waktu pasien dihabiskan di luar fasilitas kesehatan, sehingga keberhasilan terapi sangat ditentukan oleh pengelolaan yang dilakukan di rumah. Oleh karena itu, pendekatan berbasis rumah menjadi strategi yang efektif untuk memastikan keberlanjutan perawatan, meningkatkan kepatuhan terapi, serta mencegah terjadinya komplikasi

(Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002; Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, 2001).

Tujuan utama dari manajemen penyakit kronis berbasis rumah adalah meningkatkan kualitas hidup pasien, mempertahankan fungsi optimal, mencegah komplikasi, serta mengurangi angka rawat inap dan beban biaya kesehatan. Selain itu, pendekatan ini juga bertujuan untuk memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu mengelola kondisi kesehatannya secara mandiri dan berkelanjutan (Lorig & Holman, 2003).

Manajemen penyakit kronis berbasis rumah terdiri atas beberapa komponen utama yang saling terintegrasi sebagai berikut.

1. Pengelolaan Terapi

Meliputi kepatuhan terhadap pengobatan, penggunaan obat yang tepat, serta pengaturan jadwal terapi sesuai anjuran tenaga Kesehatan (WHO, 2022).

2. Pemantauan Kondisi Kesehatan

Dilakukan secara mandiri maupun dengan bantuan keluarga, seperti pengukuran tekanan darah, kadar gula darah, serta pemantauan gejala klinis (Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, 2001).

3. Modifikasi Gaya Hidup

Mencakup perubahan pola makan, peningkatan aktivitas fisik, penghentian kebiasaan merokok, serta pengelolaan stress (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

4. Dukungan Psikososial

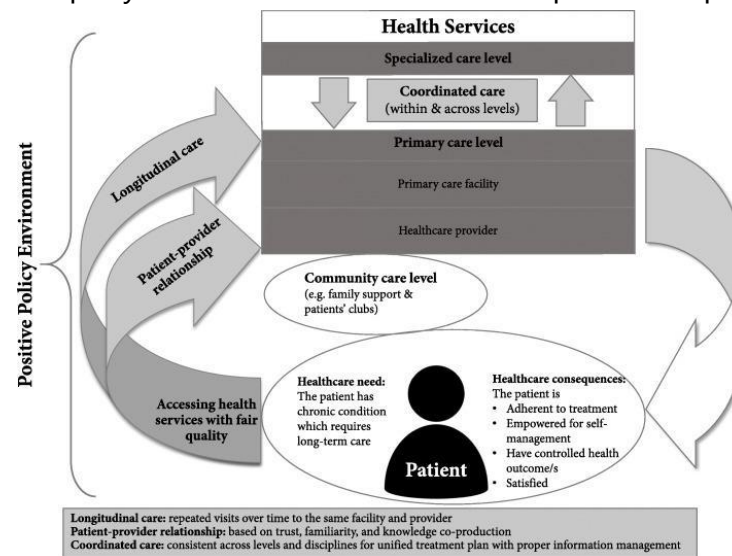
Peran keluarga dan lingkungan sosial dalam memberikan dukungan emosional dan motivasi kepada pasien (Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, 2018).

Komponen utama dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah dapat dirangkum pada Tabel 2.3

Tabel 3.3: Komponen Manajemen Penyakit Kronis Berbasis Rumah

Komponen	Deskripsi	Tujuan
Pengelolaan terapi	Kepatuhan obat dan pengobatan	Mengontrol penyakit
Monitoring	Pemantauan kondisi kesehatan	Deteksi dini komplikasi
Gaya hidup	Diet, aktivitas fisik	Meningkatkan kualitas hidup
Dukungan keluarga	Dukungan emosional & sosial	Meningkatkan motivasi

Model manajemen penyakit kronis berbasis rumah dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 3.2: Model Manajemen Penyakit Kronis Berbasis Rumah

Pendekatan ini menekankan interaksi antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan dalam suatu sistem yang berkelanjutan. Rumah menjadi pusat pengelolaan, sementara fasilitas kesehatan berperan sebagai pendukung melalui edukasi, monitoring, dan intervensi medis.

1. Keunggulan Pendekatan Berbasis Rumah

Pendekatan berbasis rumah memiliki beberapa keunggulan dibandingkan perawatan berbasis fasilitas kesehatan. Pendekatan ini terbukti meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses perawatan serta meningkatkan kepatuhan terapi (Lorig & Holman, 2003). Selain itu, pendekatan ini lebih kontekstual karena mempertimbangkan faktor sosial budaya dan mampu menurunkan biaya perawatan serta angka rawat inap (Nolte & McKee, 2008).

2. Analisis Kritis

Meskipun manajemen penyakit kronis berbasis rumah memiliki berbagai keunggulan, implementasinya masih menghadapi tantangan signifikan. Salah satu isu utama adalah kesiapan keluarga dalam menjalankan peran sebagai caregiver, yang seringkali tidak diimbangi dengan pengetahuan dan keterampilan yang memadai (Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, 2018).

Selain itu, sistem pelayanan kesehatan masih cenderung berorientasi pada pelayanan berbasis fasilitas (*facility-based care*), sehingga dukungan terhadap perawatan di rumah belum optimal. Hal ini terlihat dari keterbatasan program

home care yang terintegrasi serta kurangnya pemantauan berkelanjutan dari tenaga kesehatan (Nolte & McKee, 2008).

Di sisi lain, pendekatan berbasis rumah seringkali diasumsikan dapat berjalan efektif pada semua kelompok masyarakat, padahal faktor sosial ekonomi, budaya, dan literasi kesehatan sangat mempengaruhi keberhasilannya (WHO, 2022). Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan masih belum sepenuhnya bertransformasi dari paradigma reaktif menuju paradigma proaktif dalam pengelolaan penyakit kronis.

Lebih lanjut, transformasi menuju model *home-based care* memerlukan perubahan paradigma dari sistem kesehatan yang berorientasi kuratif menjadi promotif dan preventif. Perawat komunitas memiliki peran strategis dalam mendorong perubahan ini melalui edukasi, pemberdayaan, serta pendampingan keluarga secara berkelanjutan (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara konsep ideal manajemen penyakit kronis berbasis rumah dengan implementasi di lapangan.

Dengan demikian, manajemen penyakit kronis berbasis rumah merupakan pendekatan yang efektif dan berkelanjutan dalam pengelolaan penyakit kronis. Keberhasilan implementasinya sangat bergantung pada keterlibatan aktif pasien, dukungan keluarga, serta peran tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, dalam memberikan pendampingan yang komprehensif dan berkesinambungan.

Oleh karena itu, penguatan pendekatan berbasis rumah menjadi strategi penting dalam sistem pelayanan kesehatan berbasis komunitas di masa depan.

D. Peran Keluarga dalam Perawatan Penyakit Kronis

Keluarga memiliki peran sentral dalam keberhasilan manajemen penyakit kronis berbasis rumah. Dalam perspektif keperawatan komunitas, keluarga dipandang sebagai unit pelayanan utama karena memiliki kedekatan emosional, interaksi yang intens, serta tanggung jawab langsung terhadap anggota keluarga yang sakit. Oleh karena itu, keterlibatan keluarga menjadi faktor kunci dalam keberhasilan pengelolaan penyakit kronis (Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, 2018)

Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga tidak hanya berfungsi sebagai pendukung, tetapi juga sebagai sistem perawatan utama (*primary care system*) di lingkungan rumah. Keluarga bertanggung jawab dalam memberikan dukungan fisik, emosional, sosial, dan bahkan finansial kepada pasien. Dukungan ini berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan terapi, stabilitas kondisi

kesehatan, serta kualitas hidup pasien secara keseluruhan (Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, 2011).

Peran keluarga dalam perawatan di rumah dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa fungsi utama, yaitu:

- Sebagai Caregiver Utama

Keluarga membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari seperti makan, mobilisasi, kebersihan diri, serta pengelolaan obat. Peran ini sangat penting terutama pada pasien dengan keterbatasan fisik (Schulz, R., & Eden, 2016).

- Sebagai Motivator

Keluarga memberikan dukungan emosional dan motivasi untuk menjaga kepatuhan terhadap terapi dan perubahan gaya hidup. Dukungan ini terbukti meningkatkan keberhasilan *self-management* pada pasien kronis (Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, 2011).

- Sebagai Pengambil Keputusan

Dalam banyak kasus, keluarga berperan dalam menentukan tindakan kesehatan, termasuk keputusan untuk mencari pelayanan kesehatan atau melakukan perawatan lanjutan.

- Sebagai Pengawas Kondisi Pasien

Keluarga memantau kondisi pasien secara terus-menerus dan berperan dalam mendeteksi tanda-tanda perburukan penyakit secara dini. Peran keluarga dalam perawatan penyakit kronis dapat dirangkum pada Tabel 4.

Tabel 3.4: Peran Keluarga dalam Perawatan Penyakit Kronis

Peran	Deskripsi	Dampak
Caregiver	Membantu aktivitas harian	Meningkatkan kenyamanan pasien
Motivator	Memberikan dukungan emosional	Meningkatkan kepatuhan
Decision maker	Menentukan tindakan kesehatan	Respons cepat terhadap kondisi
Monitor	Mengawasi kondisi pasien	Deteksi dini komplikasi

1. Dimensi Dukungan Keluarga

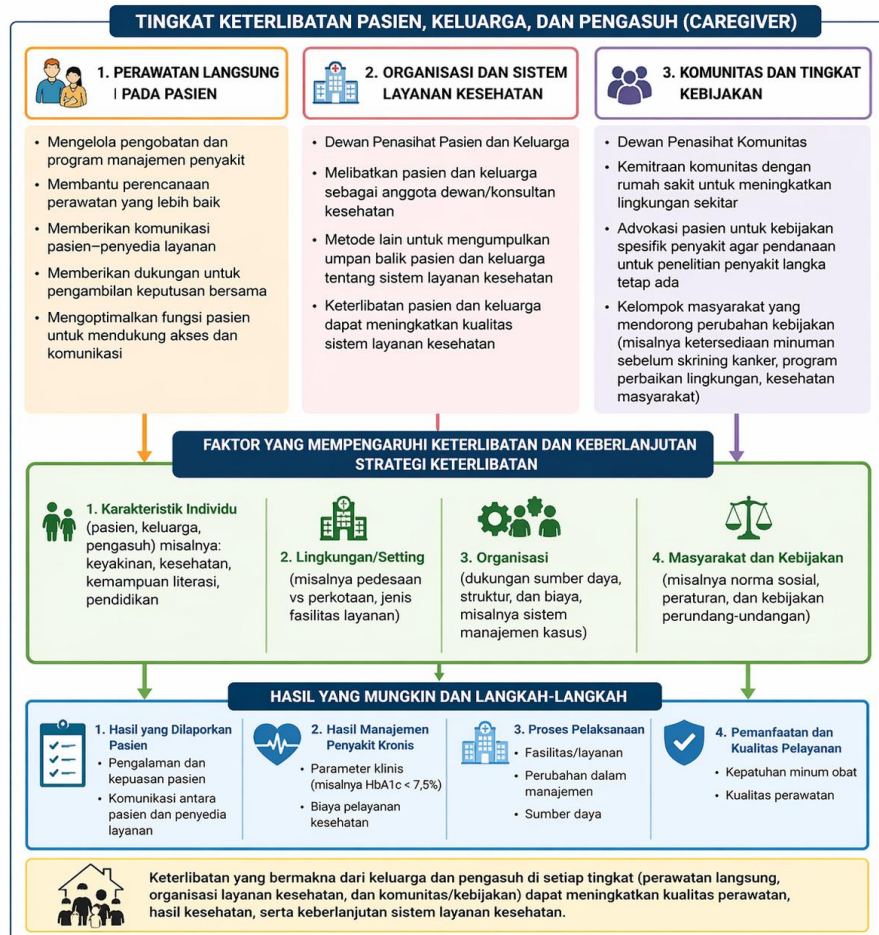
Dukungan keluarga dalam perawatan penyakit kronis tidak bersifat tunggal, tetapi mencakup beberapa dimensi, yaitu:

- a. Dukungan emosional → memberikan perhatian, empati, dan kasih sayang
- b. Dukungan instrumental → bantuan fisik dan finansial
- c. Dukungan informasional → memberikan informasi terkait penyakit dan perawatan

d. Dukungan penilaian (appraisal) → membantu pasien dalam pengambilan keputusan

Keempat dimensi ini berkontribusi secara signifikan dalam meningkatkan adaptasi pasien terhadap penyakit kronis (House, 1981).

Model peran keluarga dalam manajemen penyakit kronis dapat dilihat pada Gambar 2.3.



Gambar 3.3 Model Peran Keluarga dalam Manajemen Penyakit Kronis

Model ini menunjukkan bahwa keluarga berperan sebagai pusat dukungan yang menghubungkan pasien dengan sistem pelayanan kesehatan. Interaksi yang efektif antara keluarga, pasien, dan tenaga kesehatan akan meningkatkan keberhasilan terapi.

2. Dampak Positif Keterlibatan Keluarga

Keterlibatan keluarga dalam perawatan penyakit kronis terbukti meningkatkan kepatuhan terapi dan menurunkan angka rawat inap (Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, 2011; Schulz, R., & Eden, 2016). Selain itu, dukungan keluarga juga berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien serta efektivitas intervensi kesehatan secara keseluruhan.

3. Analisis Kritis

Meskipun peran keluarga sangat penting dalam pengelolaan penyakit kronis, dalam praktiknya masih terdapat berbagai tantangan yang perlu dikritisi. Salah satu isu utama adalah beban ganda (*caregiver burden*) yang dialami oleh anggota keluarga, baik secara fisik, emosional, maupun ekonomi. Beban ini seringkali tidak disertai dengan dukungan yang memadai dari sistem pelayanan kesehatan (Schulz, R., & Eden, 2016).

Selain itu, tidak semua keluarga memiliki kapasitas yang sama dalam menjalankan peran sebagai *caregiver*. Faktor seperti tingkat pendidikan, kondisi ekonomi, serta literasi kesehatan sangat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan yang optimal.

Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara peran ideal keluarga dalam konsep keperawatan dengan implementasi nyata di lapangan, sehingga pendekatan berbasis keluarga tidak dapat diterapkan secara seragam, melainkan harus disesuaikan dengan konteks sosial budaya masing-masing keluarga.

Lebih lanjut, dalam sistem pelayanan kesehatan, peran keluarga masih sering dianggap sebagai pelengkap, bukan sebagai mitra utama dalam perawatan. Padahal, berbagai penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan aktif keluarga dapat meningkatkan keberhasilan terapi secara signifikan. Oleh karena itu, diperlukan perubahan paradigma menuju *family-centered care* yang menempatkan keluarga sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan (Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, 2018).

Dengan demikian, keluarga memiliki peran yang sangat strategis dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah. Keterlibatan aktif keluarga sebagai *caregiver*, motivator, dan pengambil keputusan merupakan faktor penentu keberhasilan perawatan. Oleh karena itu, pemberdayaan keluarga menjadi komponen penting dalam intervensi keperawatan komunitas untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal dan berkelanjutan.

E. Self-Management (Manajemen Diri Pasien)

Self-management atau manajemen diri merupakan kemampuan individu dalam mengelola penyakit kronis yang dideritanya secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari. Konsep ini mencakup kemampuan pasien dalam mengontrol gejala, mengikuti terapi, melakukan perubahan gaya hidup, serta mengatasi dampak psikososial dari penyakit yang dialami (Lorig & Holman, 2003).

Dalam konteks penyakit kronis, self-management menjadi komponen kunci karena sebagian besar proses perawatan berlangsung di luar fasilitas kesehatan. Pasien tidak hanya berperan sebagai penerima layanan, tetapi juga sebagai aktor

utama dalam pengelolaan kesehatannya. Oleh karena itu, keberhasilan terapi sangat dipengaruhi oleh kemampuan pasien dalam menjalankan self-management secara konsisten dan berkelanjutan (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

1. Komponen Self-Management

Self-management terdiri dari beberapa komponen utama yang saling berkaitan, yaitu:

- a. Manajemen Medis (Medical Management)
Meliputi kepatuhan terhadap pengobatan, penggunaan obat secara benar, serta pemantauan kondisi kesehatan sesuai anjuran tenaga kesehatan.
- b. Manajemen Perilaku (Behavioral Management)
Mencakup perubahan gaya hidup seperti pengaturan pola makan, aktivitas fisik yang teratur, serta penghentian perilaku berisiko seperti merokok.
- c. Manajemen Emosional (Emotional Management)
Berkaitan dengan kemampuan pasien dalam mengelola stres, kecemasan, dan depresi akibat kondisi penyakit kronis. Komponen self-management pada penyakit kronis dapat dirangkum pada Tabel 5.

Tabel 3.5: Komponen Self-Management pada Penyakit Kronis

Komponen	Deskripsi	Contoh
Medis	Kepatuhan terapi	Minum obat teratur
Perilaku	Perubahan gaya hidup	Diet sehat, olahraga
Emosional	Pengelolaan stres	Relaksasi, coping

2. Faktor yang Mempengaruhi Self-Management

Keberhasilan self-management dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal, antara lain:

- a. Pengetahuan dan literasi Kesehatan
Pasien dengan pemahaman yang baik tentang penyakitnya cenderung lebih mampu melakukan pengelolaan diri (Nutbeam, 2008).
- b. Motivasi dan efikasi diri (self-efficacy)
Keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam mengelola penyakit berperan penting dalam keberhasilan self-management (Bandura, 1997).
- c. Dukungan keluarga dan sosial
Dukungan dari keluarga dapat meningkatkan kepatuhan dan keberlanjutan perilaku sehat (Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, 2011).
- d. Akses terhadap layanan kesehatan dan informasi

Ketersediaan layanan dan informasi yang memadai mendukung proses pengelolaan penyakit secara mandiri.

3. Peran Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Self-Management

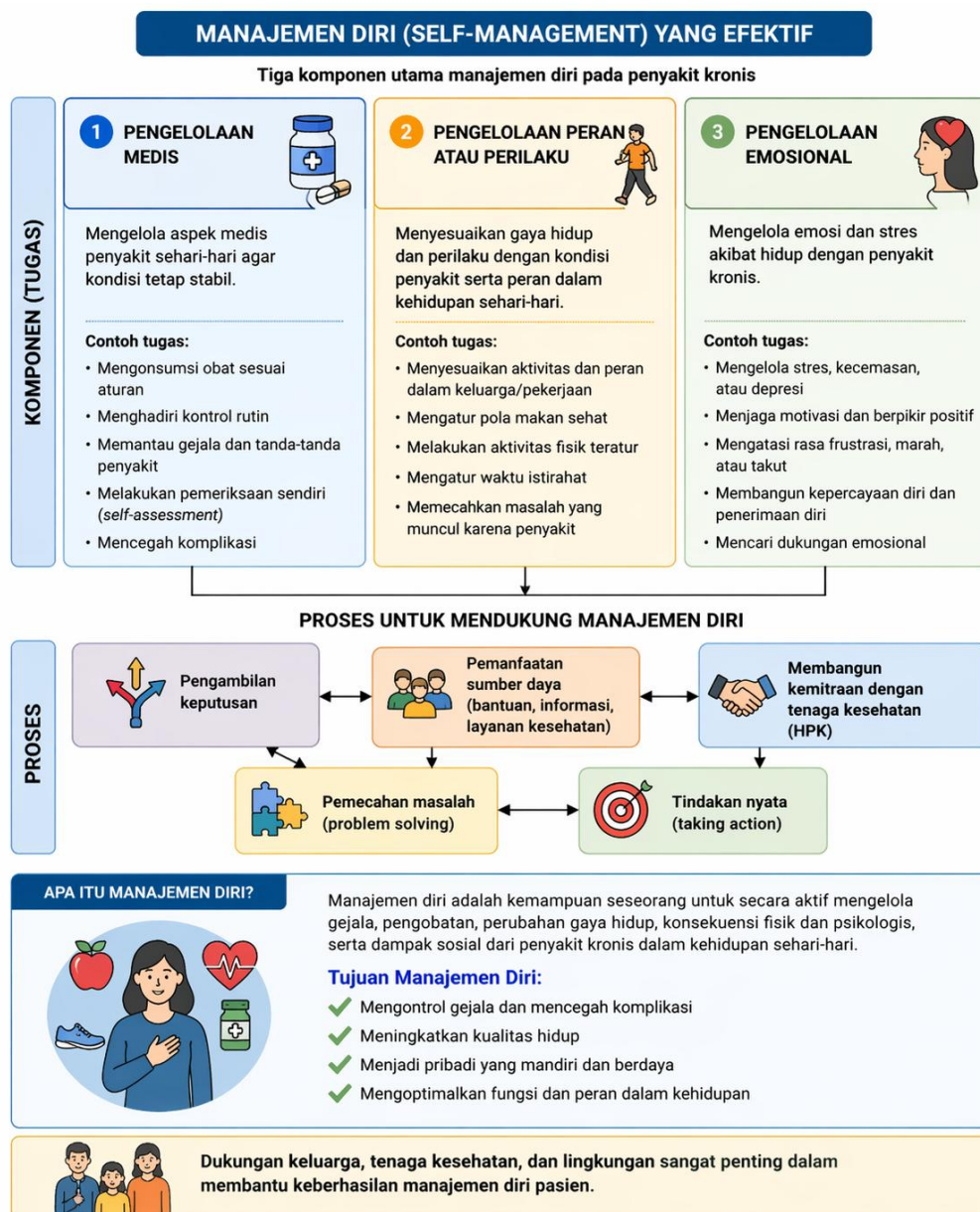
Tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, memiliki peran penting dalam mendukung self-management pasien melalui:

- a. Edukasi kesehatan yang berkelanjutan
- b. Pemberdayaan pasien (*patient empowerment*)
- c. Pendampingan dan monitoring
- d. Penguatan motivasi dan efikasi diri

Pendekatan ini dikenal sebagai *self-management support*, yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengelola penyakit secara mandiri (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

4. Model Self-Management dalam Penyakit Kronis

Model self-management dalam penyakit kronis dapat dilihat pada Gambar 4.



Gambar 3.4: Model Self-Management pada Penyakit Kronis

Gambar ini menunjukkan bahwa self-management merupakan hasil interaksi antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan dalam suatu sistem yang saling mendukung. Keberhasilan self-management tidak hanya bergantung pada individu, tetapi juga pada lingkungan sosial dan sistem pelayanan kesehatan.

5. Dampak Self-Management terhadap Kesehatan Pasien

Penerapan self-management yang optimal terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien serta menurunkan angka rawat inap (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002; Lorig & Holman, 2003). Selain itu, self-

management juga berkontribusi dalam mengurangi komplikasi penyakit, meningkatkan kepatuhan terapi, serta menurunkan beban sistem pelayanan kesehatan.

Analisis Kritis

Meskipun self-management telah diakui sebagai komponen penting dalam pengelolaan penyakit kronis, implementasinya di lapangan masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu permasalahan utama adalah asumsi bahwa semua pasien memiliki kapasitas yang sama dalam melakukan manajemen diri, padahal kenyataannya kemampuan tersebut sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya.

Selain itu, pendekatan self-management seringkali terlalu berfokus pada individu, sehingga mengabaikan peran lingkungan sosial, terutama keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa konsep self-management perlu dikembangkan menjadi pendekatan yang lebih holistik dan berbasis keluarga (*family-supported self-management*).

Kondisi ini juga mencerminkan adanya kesenjangan antara konsep ideal self-management dengan implementasi di lapangan, di mana banyak pasien masih bergantung pada tenaga kesehatan dan belum sepenuhnya diberdayakan. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang lebih kontekstual dan berkelanjutan dalam mendukung self-management, terutama melalui pendekatan keperawatan komunitas.

Dengan demikian, self-management merupakan komponen kunci dalam pengelolaan penyakit kronis yang menempatkan pasien sebagai aktor utama dalam menjaga kesehatannya. Keberhasilan self-management sangat dipengaruhi oleh faktor individu, dukungan keluarga, serta peran tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi dan pemberdayaan yang berkelanjutan.

F. Edukasi Kesehatan Berbasis Rumah

Edukasi Kesehatan (*health education*) berbasis rumah merupakan intervensi penting dalam manajemen penyakit kronis yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan pasien serta keluarga dalam mengelola kondisi kesehatannya secara mandiri. Edukasi tidak hanya berfokus pada penyampaian informasi, tetapi juga pada proses perubahan perilaku yang berkelanjutan (*behavior change*) (WHO, 2022).

Dalam konteks penyakit kronis, edukasi kesehatan menjadi kunci keberhasilan karena sebagian besar perawatan dilakukan di lingkungan rumah. Pasien dan keluarga perlu memiliki pemahaman yang memadai mengenai penyakit,

pengobatan, serta upaya pencegahan komplikasi agar dapat melakukan pengelolaan secara optimal (Lorig & Holman, 2003).

1. Tujuan Edukasi Kesehatan Berbasis Rumah

Edukasi kesehatan berbasis rumah memiliki beberapa tujuan utama, yaitu:

- Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit
- Mendorong perubahan perilaku sehat
- Meningkatkan kepatuhan terhadap terapi
- Mencegah komplikasi
- Meningkatkan kualitas hidup pasien

Tujuan ini sejalan dengan konsep *patient empowerment*, yaitu pemberdayaan pasien agar mampu mengambil keputusan terkait kesehatannya secara mandiri (Nutbeam, 2008).

2. Materi Edukasi Kesehatan

Materi edukasi yang diberikan harus disesuaikan dengan kondisi pasien dan keluarga. Secara umum, materi edukasi meliputi:

- Pemahaman tentang penyakit
Penyebab, gejala, perjalanan penyakit, dan komplikasi
- Penggunaan obat yang benar
Dosis, waktu, cara penggunaan, dan efek samping
- Pola hidup sehat
Pola makan, aktivitas fisik, dan istirahat
- Pencegahan komplikasi

Tanda bahaya dan kapan harus mencari pertolongan

Materi edukasi kesehatan pada penyakit kronis dapat dirangkum pada Tabel 2.6.

Tabel 3.6: Materi Edukasi Kesehatan pada Penyakit Kronis

Materi	Tujuan	Contoh
Penyakit	Meningkatkan pemahaman	Edukasi DM
Obat	Kepatuhan terapi	Cara minum obat
Gaya hidup	Perubahan perilaku	Diet & olahraga
Komplikasi	Deteksi dini	Tanda bahaya

3. Metode Edukasi Berbasis Rumah

Metode edukasi kesehatan berbasis rumah dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan, antara lain:

- Kunjungan rumah (*home visit*)

Memberikan edukasi secara langsung di lingkungan pasien

b. **Konseling individu**

Edukasi yang bersifat personal dan interaktif

c. **Penggunaan media edukatif**

Leaflet, video, atau aplikasi digital

d. **Pendekatan partisipatif keluarga**

Melibatkan anggota keluarga dalam proses edukasi

Pendekatan ini terbukti lebih efektif karena disesuaikan dengan kondisi nyata pasien di rumah (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

4. Peran Perawat dalam Edukasi Kesehatan

Perawat komunitas memiliki peran utama sebagai edukator dalam implementasi edukasi kesehatan berbasis rumah. Peran tersebut meliputi:

a. **Memberikan informasi yang akurat dan berbasis evidence**

b. **Menyesuaikan materi dengan kebutuhan pasien**

c. **Menggunakan metode edukasi yang efektif**

d. **Memfasilitasi perubahan perilaku pasien**

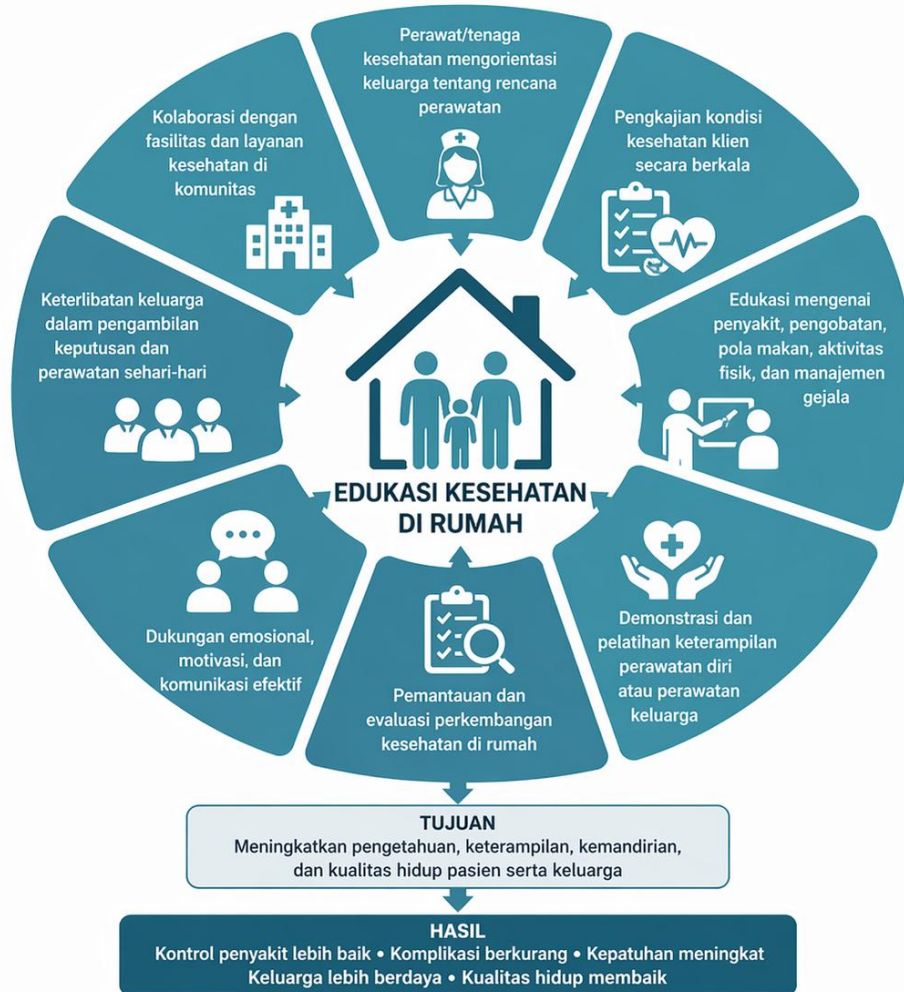
e. **Melakukan evaluasi terhadap hasil edukasi**

Perawat juga berperan dalam membangun hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga, sehingga proses edukasi dapat berjalan lebih efektif (Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, 2018).

5. Model Edukasi Kesehatan Berbasis Rumah

Model ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan merupakan proses interaktif antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga yang bertujuan untuk mendorong perubahan perilaku dan peningkatan kualitas hidup. Model edukasi kesehatan berbasis rumah dapat dilihat pada Gambar 5.

EDUKASI KESEHATAN BERBASIS RUMAH



Gambar 3.5: Model Edukasi Kesehatan Berbasis Rumah

Model ini menegaskan bahwa edukasi kesehatan bukan hanya proses transfer informasi, tetapi juga proses interaksi yang mendorong perubahan perilaku pasien secara berkelanjutan.

6. Dampak Edukasi Kesehatan terhadap Pasien

Edukasi kesehatan yang efektif terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasien, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, serta mengurangi risiko komplikasi penyakit (Lorig & Holman, 2003). Selain itu, edukasi juga berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi beban pelayanan kesehatan.

Analisis Kritis

Meskipun edukasi kesehatan merupakan intervensi yang penting, implementasinya di lapangan masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu permasalahan utama adalah pendekatan edukasi yang masih bersifat satu arah

(*one-way communication*), sehingga kurang efektif dalam mendorong perubahan perilaku pasien.

Selain itu, tingkat literasi kesehatan yang rendah pada sebagian masyarakat menjadi hambatan dalam memahami informasi yang diberikan. Hal ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan tidak dapat dilakukan secara seragam, tetapi harus disesuaikan dengan tingkat pemahaman, budaya, dan kondisi sosial ekonomi pasien.

Kondisi ini juga mencerminkan adanya kesenjangan antara konsep ideal edukasi kesehatan dengan praktik di lapangan, di mana edukasi seringkali hanya berfokus pada penyampaian informasi, bukan pada pemberdayaan pasien. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan edukasi yang lebih partisipatif, kontekstual, dan berkelanjutan dalam praktik keperawatan komunitas.

Penutup Subbab : Dengan demikian, edukasi kesehatan berbasis rumah merupakan komponen penting dalam manajemen penyakit kronis yang berperan dalam meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam mengelola penyakit secara mandiri. Keberhasilan edukasi sangat dipengaruhi oleh metode yang digunakan, keterlibatan keluarga, serta peran aktif tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi yang efektif dan berkelanjutan.

G. Monitoring dan Evaluasi Kondisi Pasien

Monitoring dan evaluasi merupakan komponen penting dalam memastikan keberhasilan manajemen penyakit kronis berbasis rumah. Monitoring dilakukan secara berkelanjutan untuk mengamati perkembangan kondisi pasien, sedangkan evaluasi bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan serta menentukan langkah perawatan selanjutnya (WHO, 2022)(World Health Organization [WHO], 2022).

Dalam konteks penyakit kronis, proses monitoring tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan, tetapi juga melibatkan pasien dan keluarga sebagai bagian dari *self-management*. Hal ini penting karena sebagian besar perawatan berlangsung di lingkungan rumah, sehingga deteksi dini terhadap perubahan kondisi pasien menjadi kunci dalam mencegah komplikasi (Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, 2001).

1. Tujuan Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dalam manajemen penyakit kronis memiliki beberapa tujuan utama, yaitu:

- a. Mengetahui perkembangan kondisi kesehatan pasien
- b. Mendeteksi dini tanda-tanda komplikasi
- c. Menilai efektivitas terapi dan intervensi

- d. Menyesuaikan rencana perawatan
- e. Meningkatkan kualitas hidup pasien

2. Parameter yang Dipantau

Parameter monitoring dalam manajemen penyakit kronis harus disesuaikan dengan jenis penyakit, kondisi pasien, serta tujuan perawatan yang ingin dicapai. Pemantauan yang komprehensif tidak hanya mencakup aspek fisiologis, tetapi juga aspek klinis, perilaku, dan psikososial, sehingga memberikan gambaran menyeluruh mengenai kondisi pasien.

Pemilihan parameter yang tepat sangat penting untuk mendeteksi perubahan kondisi secara dini, mengevaluasi efektivitas terapi, serta mencegah terjadinya komplikasi (WHO, 2022).

a. Parameter fisiologis

Parameter fisiologis merupakan indikator objektif yang berkaitan dengan fungsi tubuh dan sering digunakan sebagai dasar utama dalam pemantauan penyakit kronis. Parameter ini dapat diukur secara kuantitatif menggunakan alat tertentu.

Contoh parameter fisiologis meliputi:

- 1) Tekanan darah (pada hipertensi)
- 2) Kadar gula darah (pada diabetes melitus)
- 3) Denyut nadi dan frekuensi napas
- 4) Berat badan dan indeks massa tubuh (IMT)

Pemantauan parameter fisiologis secara rutin memungkinkan deteksi dini terhadap ketidakterkendalian penyakit, sehingga intervensi dapat segera dilakukan. Misalnya, peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol dapat menjadi indikator risiko komplikasi seperti stroke atau penyakit jantung.

b. Parameter klinis

Parameter klinis berkaitan dengan tanda dan gejala yang dirasakan atau diamati pada pasien. Parameter ini bersifat subjektif maupun objektif dan memberikan informasi penting mengenai kondisi aktual pasien.

Contoh parameter klinis meliputi:

- 1) Nyeri
- 2) Sesak napas
- 3) Kelelahan
- 4) Pusing atau penurunan kesadaran
- 5) Luka yang sulit sembuh

Pemantauan gejala klinis sangat penting karena seringkali menjadi tanda awal terjadinya perburukan kondisi. Oleh karena itu, pasien dan keluarga perlu

diberikan edukasi untuk mengenali tanda bahaya (*warning signs*) dan segera mengambil tindakan yang tepat.

c. Parameter perilaku

Parameter perilaku berkaitan dengan kebiasaan dan tindakan pasien dalam menjalankan terapi serta gaya hidup sehat. Aspek ini sangat menentukan keberhasilan jangka panjang dalam pengelolaan penyakit kronis. Contoh parameter perilaku meliputi:

- 1) Kepatuhan minum obat
- 2) Pola makan sehat
- 3) Aktivitas fisik
- 4) Kepatuhan kontrol ke fasilitas kesehatan
- 5) Kebiasaan merokok atau konsumsi alkohol

Pemantauan perilaku penting karena perubahan gaya hidup merupakan komponen utama dalam pengendalian penyakit kronis. Ketidakpatuhan terhadap terapi atau pola hidup sehat dapat menyebabkan kegagalan pengobatan dan meningkatkan risiko komplikasi (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

d. Parameter psikososial

Parameter psikososial mencakup kondisi emosional, mental, serta dukungan sosial yang diterima pasien. Aspek ini seringkali kurang diperhatikan, padahal memiliki pengaruh signifikan terhadap keberhasilan manajemen penyakit kronis.

Contoh parameter psikososial meliputi:

- 1) Tingkat stres, kecemasan, atau depresi
- 2) Dukungan keluarga dan lingkungan
- 3) Motivasi pasien dalam menjalani terapi
- 4) Kualitas hidup

Kondisi psikososial yang tidak stabil dapat menurunkan kepatuhan pasien terhadap terapi dan memperburuk kondisi kesehatan. Sebaliknya, dukungan sosial yang baik dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan *self-management* dan beradaptasi dengan penyakit yang dialami (Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, 2011).

Tabel 3.7: Parameter Monitoring pada Penyakit Kronis (Pengembangan)

Jenis Parameter	Indikator	Contoh	Tujuan
Fisiologis	Tanda vital	Tekanan darah, gula darah	Deteksi kondisi medis

Klinis	Gejala	Nyeri, sesak	Identifikasi perburukan
Perilaku	Kepatuhan	Minum obat, diet	Evaluasi self-management
Psikososial	Emosi & dukungan	Stres, dukungan keluarga	Adaptasi pasien

Tabel ini menunjukkan bahwa monitoring penyakit kronis memerlukan pendekatan multidimensional yang tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga perilaku dan psikososial pasien.

Pemantauan yang efektif harus dilakukan secara holistik dengan mempertimbangkan keempat aspek tersebut secara bersamaan. Pendekatan yang hanya berfokus pada parameter fisiologis tanpa memperhatikan aspek perilaku dan psikososial berisiko menghasilkan intervensi yang kurang optimal.

Hal ini menunjukkan bahwa monitoring dalam penyakit kronis tidak hanya bersifat klinis, tetapi juga multidimensional, sehingga memerlukan keterlibatan aktif pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan dalam proses pemantauan yang berkelanjutan.

3. Metode Monitoring Berbasis Rumah

Monitoring kondisi pasien dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah dapat dilakukan melalui berbagai metode yang saling melengkapi. Pemilihan metode monitoring harus disesuaikan dengan kondisi pasien, jenis penyakit, serta sumber daya yang tersedia di lingkungan keluarga.

Pendekatan monitoring berbasis rumah bertujuan untuk memastikan pemantauan kondisi pasien secara kontinu, meningkatkan deteksi dini terhadap perubahan kondisi, serta mendukung keberhasilan terapi jangka panjang (WHO, 2022).

a. Monitoring mandiri (*self-monitoring*)

Monitoring mandiri merupakan metode pemantauan yang dilakukan secara langsung oleh pasien atau anggota keluarga di lingkungan rumah. Metode ini merupakan bagian penting dari *self-management* karena memberikan kesempatan kepada pasien untuk berperan aktif dalam mengelola kondisi kesehatannya.

Contoh kegiatan self-monitoring meliputi:

- 1) Pengukuran tekanan darah secara rutin
- 2) Pemeriksaan kadar gula darah mandiri
- 3) Pemantauan berat badan
- 4) Pencatatan gejala harian (misalnya nyeri, sesak napas)

Keunggulan self-monitoring adalah meningkatkan kesadaran pasien terhadap kondisi kesehatannya serta memungkinkan deteksi dini terhadap perubahan klinis. Namun, keberhasilan metode ini sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, keterampilan, dan motivasi pasien serta keluarga (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

b. Kunjungan rumah (*home visit*)

Kunjungan rumah merupakan metode monitoring yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, dengan mengunjungi pasien secara langsung di lingkungan rumah. Metode ini memungkinkan dilakukan penilaian yang lebih komprehensif, tidak hanya terhadap kondisi pasien, tetapi juga terhadap lingkungan tempat tinggal dan dukungan keluarga.

Kegiatan dalam home visit meliputi:

- 1) Pemeriksaan kondisi fisik pasien
- 2) Evaluasi kepatuhan terapi
- 3) Edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga
- 4) Identifikasi faktor risiko di lingkungan rumah

Kunjungan rumah memiliki keunggulan dalam memberikan pendekatan yang lebih personal dan kontekstual, sehingga intervensi yang diberikan lebih sesuai dengan kondisi nyata pasien (Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, 2018).

c. Pemanfaatan teknologi (*telehealth*)

Perkembangan teknologi kesehatan memungkinkan monitoring pasien dilakukan secara jarak jauh melalui sistem *telehealth*. Metode ini memanfaatkan perangkat digital seperti aplikasi kesehatan, alat monitoring elektronik, serta komunikasi daring antara pasien dan tenaga kesehatan.

Contoh penggunaan telehealth meliputi:

- 1) Pengiriman data tekanan darah atau gula darah melalui aplikasi
- 2) Konsultasi jarak jauh melalui video call
- 3) Pengingat minum obat melalui aplikasi
- 4) Monitoring berbasis wearable device

Telehealth memberikan kemudahan dalam pemantauan kondisi pasien secara real-time serta meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, terutama pada daerah dengan keterbatasan fasilitas kesehatan. Namun, implementasinya masih menghadapi kendala seperti keterbatasan akses teknologi dan literasi digital (WHO, 2022).

Integrasi Metode Monitoring

Ketiga metode tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan perlu diintegrasikan untuk mencapai hasil monitoring yang optimal. Kombinasi antara self-monitoring, home visit, dan telehealth memungkinkan pemantauan kondisi pasien secara lebih komprehensif, berkelanjutan, dan responsif terhadap perubahan kondisi.

Tabel 3.8: Metode Monitoring Berbasis Rumah

Metode	Pelaksana	Kelebihan	Keterbatasan
Self-monitoring	Pasien/keluarga	Meningkatkan kemandirian	Bergantung pada kemampuan pasien
Home visit	Tenaga kesehatan	Komprehensif & kontekstual	Membutuhkan waktu & tenaga
Telehealth	Pasien & tenaga kesehatan	Real-time & fleksibel	Tergantung teknologi

4. Proses Evaluasi dalam Perawatan

Evaluasi merupakan proses sistematis yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan kepada pasien serta menentukan keberhasilan pencapaian tujuan perawatan. Dalam manajemen penyakit kronis, evaluasi tidak hanya berfokus pada hasil klinis, tetapi juga mencakup aspek perilaku, kepatuhan, dan kualitas hidup pasien secara menyeluruh (Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, 2001).

Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi, serta mengidentifikasi adanya perubahan yang signifikan. Proses ini menjadi bagian penting dalam siklus asuhan keperawatan karena berfungsi sebagai dasar dalam pengambilan keputusan klinis dan penyesuaian rencana perawatan selanjutnya.

Evaluasi dalam manajemen penyakit kronis mencakup beberapa aspek utama, yaitu:

a. Evaluasi hasil klinis

Evaluasi hasil klinis dilakukan untuk menilai perubahan kondisi fisiologis dan status kesehatan pasien setelah intervensi. Parameter yang dinilai disesuaikan dengan jenis penyakit yang diderita.

Contoh:

- 1) Penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi
- 2) Stabilitas kadar gula darah pada pasien diabetes

3) Perbaiki gejala klinis seperti berkurangnya nyeri atau sesak napas

Evaluasi ini penting untuk menentukan apakah terapi yang diberikan efektif secara medis.

b. Evaluasi kepatuhan pasien

Evaluasi kepatuhan bertujuan untuk menilai sejauh mana pasien mengikuti anjuran terapi yang diberikan, baik dalam hal pengobatan maupun perubahan gaya hidup.

Indikator kepatuhan meliputi:

- 1) Keteraturan minum obat
- 2) Kepatuhan terhadap diet
- 3) Kehadiran dalam kontrol rutin

Tingkat kepatuhan yang tinggi berhubungan dengan hasil kesehatan yang lebih baik, sedangkan ketidakpatuhan dapat meningkatkan risiko komplikasi.

c. Evaluasi perubahan perilaku

Evaluasi ini menilai sejauh mana pasien mampu mengadopsi perilaku sehat sebagai bagian dari self-management. Perubahan perilaku merupakan indikator penting dalam keberhasilan jangka panjang pengelolaan penyakit kronis.

Contoh:

- 1) Perubahan pola makan menjadi lebih sehat
- 2) Peningkatan aktivitas fisik
- 3) Penghentian kebiasaan merokok

Evaluasi perilaku membantu tenaga kesehatan memahami apakah intervensi edukasi yang diberikan telah efektif.

d. Evaluasi kualitas hidup pasien

Evaluasi kualitas hidup bertujuan untuk menilai dampak penyakit dan intervensi terhadap kesejahteraan pasien secara menyeluruh, termasuk aspek fisik, psikologis, dan sosial.

Indikator kualitas hidup meliputi:

- 1) Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari
- 2) Kondisi emosional
- 3) Interaksi sosial
- 4) Kepuasan terhadap kondisi kesehatan

Pendekatan ini penting karena keberhasilan perawatan tidak hanya diukur dari aspek klinis, tetapi juga dari peningkatan kualitas hidup pasien.

Prinsip Evaluasi dalam Keperawatan,

Evaluasi yang efektif harus memenuhi beberapa prinsip, antara lain:

- 1) Objektif → berdasarkan data yang valid dan terukur

- 2) Berkelanjutan → dilakukan secara periodik
- 3) Komprehensif → mencakup berbagai aspek pasien
- 4) Partisipatif → melibatkan pasien dan keluarga

Prinsip ini memastikan bahwa evaluasi tidak hanya menjadi formalitas, tetapi benar-benar memberikan informasi yang bermakna dalam proses perawatan.

5. Model Monitoring dan Evaluasi

Model monitoring dan evaluasi dalam manajemen penyakit kronis dapat dilihat pada Gambar 6.



Gambar 3.6: Model Monitoring dan Evaluasi dalam Penyakit Kronis

Gambar ini menunjukkan bahwa monitoring pasien penyakit kronis dapat dilakukan di rumah melalui perangkat digital, seperti pengukuran tekanan darah, kadar gula darah, denyut nadi, dan sistem pelaporan jarak jauh kepada tenaga kesehatan. Pemanfaatan teknologi monitoring jarak jauh mendukung deteksi dini komplikasi, kepatuhan terapi, dan kesinambungan pelayanan kesehatan.

6. Dampak Monitoring dan Evaluasi yang Efektif

Monitoring dan evaluasi yang efektif berkontribusi dalam deteksi dini komplikasi, mencegah perburukan kondisi, serta meningkatkan efektivitas terapi dan kualitas hidup pasien. Selain itu, pendekatan ini juga dapat menurunkan angka rawat inap dan beban pelayanan kesehatan (WHO, 2022).

Analisis Kritis

Meskipun monitoring dan evaluasi merupakan komponen penting dalam manajemen penyakit kronis, implementasinya di lapangan masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu kendala utama adalah keterbatasan kemampuan pasien dan keluarga dalam melakukan monitoring secara mandiri, terutama pada kelompok dengan literasi kesehatan rendah.

Selain itu, sistem monitoring berbasis rumah belum sepenuhnya terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan formal. Hal ini menyebabkan kurang optimalnya pemanfaatan data hasil monitoring dalam pengambilan keputusan klinis.

Kondisi ini menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara konsep ideal monitoring berkelanjutan dengan praktik di lapangan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sistem monitoring berbasis komunitas yang terintegrasi, serta pemanfaatan teknologi digital untuk mendukung pemantauan kondisi pasien secara real-time.

Penutup Subbab

Dengan demikian, monitoring dan evaluasi merupakan bagian integral dalam manajemen penyakit kronis yang berperan dalam memastikan keberhasilan intervensi dan mencegah komplikasi. Keterlibatan aktif pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan menjadi kunci dalam pelaksanaan monitoring yang efektif dan berkelanjutan.

H. Kepatuhan Terapi (Adherence)

Kepatuhan terapi (*adherence*) merupakan tingkat kesesuaian perilaku pasien terhadap rekomendasi pengobatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, termasuk dalam hal penggunaan obat, perubahan gaya hidup, serta kepatuhan terhadap kontrol rutin. Dalam konteks penyakit kronis, kepatuhan terapi menjadi faktor kunci dalam menentukan keberhasilan pengelolaan penyakit dan pencegahan komplikasi jangka panjang (WHO, 2022).

Berbeda dengan konsep *compliance* yang bersifat pasif, *adherence* menekankan keterlibatan aktif pasien dalam proses pengobatan. Pasien dipandang sebagai mitra dalam pengambilan keputusan, sehingga keberhasilan terapi tidak hanya bergantung pada tenaga kesehatan, tetapi juga pada partisipasi pasien dan keluarga (Sabate, 2003).

1. Dimensi Kepatuhan Terapi

Kepatuhan terapi mencakup kepatuhan terhadap pengobatan, perubahan gaya hidup, serta kontrol dan monitoring secara rutin. Ketiga dimensi ini saling

berkaitan dan berkontribusi terhadap keberhasilan terapi secara keseluruhan. Dimensi kepatuhan terapi pada penyakit kronis dapat dirangkum pada Tabel 10.

Tabel 3.10: Dimensi Kepatuhan Terapi pada Penyakit Kronis

Dimensi	Indikator	Contoh
Pengobatan	Minum obat teratur	Sesuai resep
Gaya hidup	Perilaku sehat	Diet, olahraga
Monitoring	Kontrol rutin	Cek tekanan darah

2. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi

Kepatuhan terapi pada pasien dengan penyakit kronis dipengaruhi oleh berbagai faktor yang bersifat multidimensional. Faktor-faktor ini tidak berdiri sendiri, melainkan saling berinteraksi dalam menentukan perilaku pasien terhadap pengobatan yang dijalani.

a. Faktor Individu

Faktor individu merupakan aspek yang berkaitan langsung dengan karakteristik pasien, termasuk pengetahuan, motivasi, dan persepsi terhadap penyakit yang dideritanya. Pengetahuan yang memadai tentang penyakit dan pengobatan akan meningkatkan pemahaman pasien mengenai pentingnya terapi, sehingga mendorong kepatuhan yang lebih baik. Sebaliknya, kurangnya pengetahuan dapat menyebabkan kesalahpahaman dalam penggunaan obat dan pengelolaan penyakit.

Selain itu, motivasi dan efikasi diri (*self-efficacy*) juga berperan penting dalam menentukan kepatuhan pasien. Pasien yang memiliki keyakinan bahwa dirinya mampu mengelola penyakitnya cenderung lebih konsisten dalam mengikuti terapi. Persepsi terhadap penyakit, seperti tingkat keparahan dan kerentanan terhadap komplikasi, juga mempengaruhi perilaku kepatuhan. Pasien yang memandang penyakitnya sebagai kondisi serius cenderung lebih patuh dibandingkan dengan pasien yang menganggap penyakitnya ringan. Dengan demikian, pasien dengan pemahaman yang baik dan efikasi diri yang tinggi cenderung menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih optimal (Nutbeam, 2008).

b. Faktor Keluarga dan Sosial

Faktor keluarga dan sosial memiliki pengaruh yang signifikan dalam mendukung kepatuhan terapi pasien. Keluarga sebagai unit terdekat berperan dalam memberikan dukungan emosional, instrumental, dan informasional yang dapat meningkatkan motivasi pasien untuk menjalani terapi secara konsisten.

Dukungan keluarga dapat berupa pengingat minum obat, pendampingan dalam kontrol kesehatan, serta bantuan dalam menjalankan pola hidup sehat. Selain itu, lingkungan sosial juga turut mempengaruhi perilaku pasien, baik melalui norma sosial, interaksi dengan orang lain, maupun dukungan dari komunitas. Peran caregiver menjadi sangat penting terutama pada pasien dengan keterbatasan fisik atau kognitif.

Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dan hasil kesehatan yang lebih optimal dibandingkan dengan pasien yang kurang mendapatkan dukungan sosial (Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, 2011).

c. Faktor Terapi

Faktor terapi berkaitan dengan karakteristik pengobatan yang dijalani pasien. Kompleksitas regimen terapi, seperti jumlah obat yang harus dikonsumsi, frekuensi pemberian, serta aturan penggunaan yang rumit, dapat menjadi hambatan dalam kepatuhan pasien.

Selain itu, efek samping obat juga menjadi salah satu alasan utama pasien tidak mengikuti terapi secara optimal. Pasien yang mengalami efek samping cenderung menghentikan atau mengurangi dosis obat tanpa berkonsultasi dengan tenaga kesehatan. Durasi terapi yang panjang, terutama pada penyakit kronis yang memerlukan pengobatan seumur hidup, juga dapat menurunkan motivasi pasien dalam mempertahankan kepatuhan.

Dengan demikian, semakin kompleks dan tidak nyaman terapi yang dijalani, semakin besar kemungkinan terjadinya ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan.

d. Faktor Sistem Pelayanan Kesehatan

Faktor sistem pelayanan kesehatan juga memiliki peran penting dalam mempengaruhi kepatuhan terapi. Akses terhadap layanan kesehatan yang mudah dan terjangkau memungkinkan pasien untuk mendapatkan pengobatan dan pemantauan secara berkelanjutan.

Kualitas komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan faktor kunci dalam membangun kepercayaan dan meningkatkan pemahaman pasien terhadap terapi yang dijalani. Komunikasi yang efektif akan membantu pasien memahami manfaat pengobatan, cara penggunaan obat, serta pentingnya kepatuhan.

Selain itu, ketersediaan fasilitas kesehatan, termasuk obat-obatan dan layanan pendukung, juga mempengaruhi keberhasilan terapi. Sistem pelayanan kesehatan yang responsif, terintegrasi, dan berorientasi pada pasien

terbukti dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan hasil kesehatan pasien secara keseluruhan.

3. Strategi Peningkatan Kepatuhan Terapi

Peningkatan kepatuhan terapi pada pasien dengan penyakit kronis memerlukan pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan. Strategi yang diterapkan tidak hanya berfokus pada pasien sebagai individu, tetapi juga melibatkan keluarga, tenaga kesehatan, serta sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Pendekatan multidimensional ini diperlukan karena kepatuhan terapi dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi.

a. Edukasi kesehatan berkelanjutan

Edukasi kesehatan merupakan strategi utama dalam meningkatkan kepatuhan terapi. Edukasi yang dilakukan secara berkelanjutan dapat meningkatkan pemahaman pasien mengenai penyakit, manfaat pengobatan, serta risiko yang mungkin timbul apabila terapi tidak dijalankan dengan baik.

Edukasi tidak hanya bersifat informatif, tetapi juga harus mampu mendorong perubahan perilaku pasien. Oleh karena itu, materi edukasi perlu disesuaikan dengan tingkat pemahaman, budaya, dan kondisi sosial ekonomi pasien. Edukasi yang efektif terbukti dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan hasil kesehatan pasien secara signifikan.

b. Komunikasi terapeutik

Komunikasi terapeutik antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan faktor penting dalam membangun hubungan yang saling percaya (*trust*). Hubungan yang baik akan meningkatkan keterbukaan pasien dalam menyampaikan keluhan, hambatan, maupun kesulitan dalam menjalani terapi.

Komunikasi yang efektif juga membantu pasien memahami instruksi pengobatan dengan lebih jelas, sehingga mengurangi risiko kesalahan dalam penggunaan obat. Selain itu, pendekatan komunikasi yang empatik dapat meningkatkan motivasi pasien untuk tetap menjalani terapi secara konsisten.

c. Pemberdayaan pasien (*patient empowerment*)

Pemberdayaan pasien merupakan strategi yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian dan peran aktif pasien dalam pengelolaan penyakitnya. Dalam pendekatan ini, pasien tidak hanya menjadi penerima layanan, tetapi juga menjadi pengambil keputusan dalam proses perawatan.

Pasien yang diberdayakan cenderung memiliki tingkat efikasi diri yang lebih tinggi, sehingga lebih mampu mengelola penyakitnya secara mandiri. Pemberdayaan dapat dilakukan melalui edukasi, pelatihan keterampilan *self-*

management, serta pemberian dukungan dalam pengambilan keputusan kesehatan.

d. Keterlibatan keluarga

Keterlibatan keluarga merupakan faktor kunci dalam meningkatkan kepatuhan terapi, terutama pada pasien dengan penyakit kronis yang memerlukan perawatan jangka panjang. Keluarga berperan sebagai sistem pendukung utama yang dapat membantu pasien dalam menjalankan terapi secara konsisten.

Peran keluarga meliputi pengingat minum obat, pendampingan dalam kontrol kesehatan, serta dukungan emosional. Keterlibatan keluarga yang optimal terbukti dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan kualitas hidup pasien secara signifikan.

e. Pemanfaatan teknologi

Perkembangan teknologi kesehatan memberikan peluang dalam meningkatkan kepatuhan terapi melalui berbagai inovasi digital. Pemanfaatan teknologi seperti aplikasi pengingat obat, sistem monitoring digital, serta konsultasi daring (*telehealth*) dapat membantu pasien dalam menjalankan terapi secara lebih teratur.

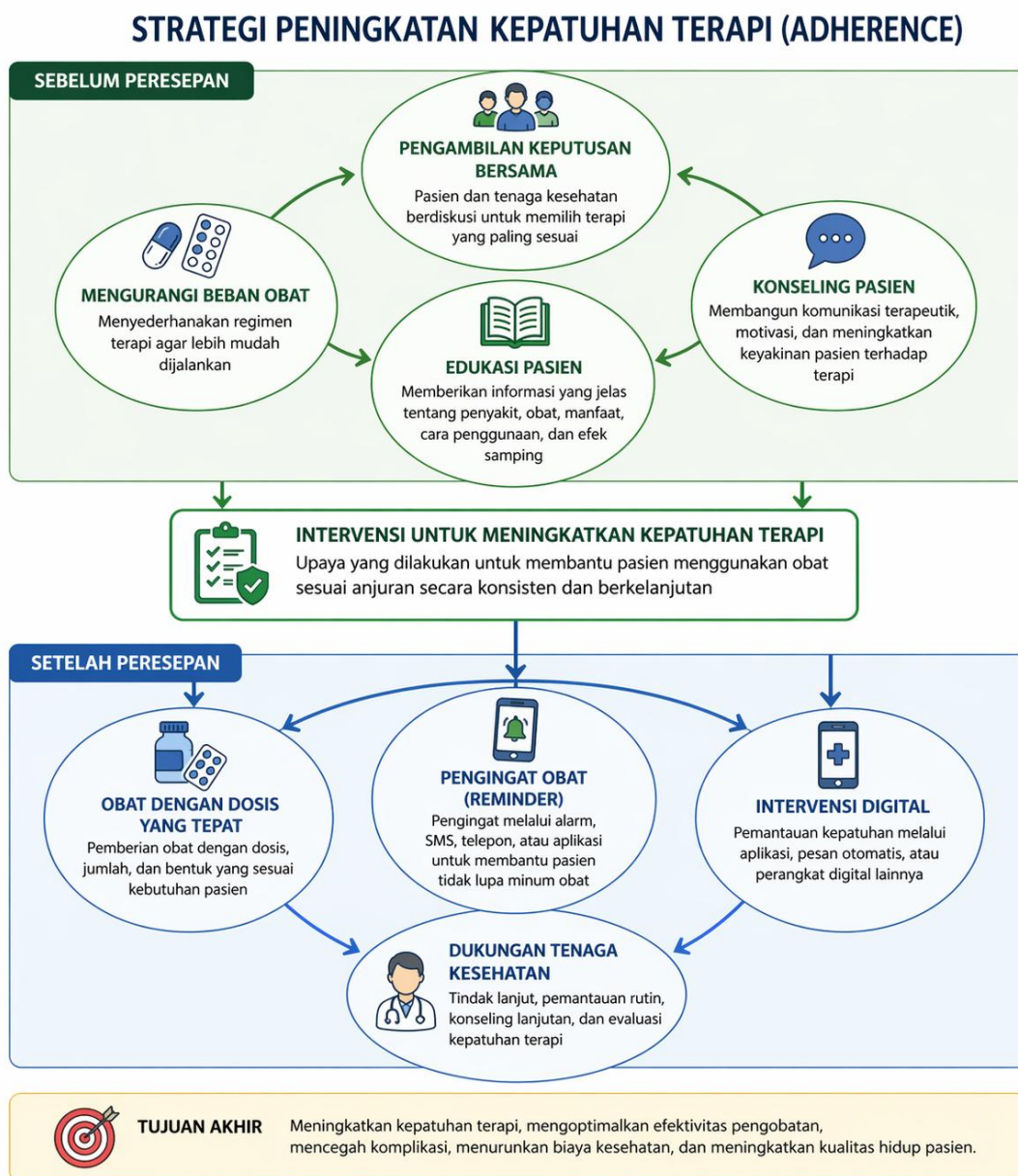
Selain itu, teknologi juga memungkinkan tenaga kesehatan untuk memantau kondisi pasien secara real-time, sehingga intervensi dapat dilakukan lebih cepat. Namun, efektivitas penggunaan teknologi sangat dipengaruhi oleh akses dan literasi digital pasien.

Penegasan Konseptual

Kelima strategi tersebut sebaiknya tidak diterapkan secara terpisah, melainkan secara terintegrasi untuk mencapai hasil yang optimal. Pendekatan yang menggabungkan edukasi, komunikasi, pemberdayaan, dukungan keluarga, dan teknologi terbukti lebih efektif dalam meningkatkan kepatuhan terapi dibandingkan pendekatan yang bersifat tunggal (Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, 2002).

4. Model Kepatuhan Terapi

Model kepatuhan terapi pada penyakit kronis dapat dilihat pada Gambar 7.



Gambar 3.7: Model Kepatuhan Terapi pada Penyakit Kronis

Gambar ini menunjukkan bahwa peningkatan kepatuhan terapi dapat dilakukan melalui edukasi pasien, konseling, pengambilan keputusan bersama, pengingat obat, intervensi digital, dan dukungan tenaga kesehatan. Kepatuhan terapi dipengaruhi sejak tahap peresepan hingga tindak lanjut setelah pengobatan diberikan.

5. Dampak Kepatuhan Terapi

Kepatuhan terapi yang baik berkontribusi dalam meningkatkan efektivitas pengobatan, mengurangi risiko komplikasi, serta menurunkan angka rawat inap.

Selain itu, kepatuhan juga berperan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

Analisis Kritis

Meskipun kepatuhan terapi merupakan faktor kunci dalam keberhasilan pengelolaan penyakit kronis, tingkat kepatuhan pasien di berbagai negara masih relatif rendah. Salah satu permasalahan utama adalah pendekatan yang masih berfokus pada pasien sebagai individu, tanpa mempertimbangkan faktor lingkungan sosial dan keluarga.

Selain itu, tenaga kesehatan seringkali menempatkan kepatuhan sebagai tanggung jawab pasien semata, tanpa memberikan dukungan yang memadai dalam bentuk edukasi dan pendampingan. Hal ini menunjukkan bahwa konsep kepatuhan terapi perlu dikembangkan menjadi pendekatan yang lebih holistik dan berbasis keluarga.

Kondisi ini juga mencerminkan adanya kesenjangan antara konsep ideal kepatuhan terapi dengan praktik di lapangan. Oleh karena itu, diperlukan strategi intervensi yang lebih komprehensif, termasuk integrasi antara edukasi, monitoring, dan dukungan keluarga dalam meningkatkan kepatuhan pasien.

Penutup Subbab

Dengan demikian, kepatuhan terapi merupakan komponen penting dalam manajemen penyakit kronis yang berperan dalam menentukan keberhasilan pengobatan. Keterlibatan aktif pasien, dukungan keluarga, serta peran tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi dan pendampingan menjadi kunci dalam meningkatkan kepatuhan terapi secara berkelanjutan.

I. Peran Perawat Komunitas

Perawat komunitas memiliki peran strategis dalam implementasi manajemen penyakit kronis berbasis rumah. Dalam paradigma keperawatan modern, perawat tidak hanya berfungsi sebagai pemberi asuhan (*care provider*), tetapi juga sebagai edukator, advokator, fasilitator, dan koordinator pelayanan kesehatan. Peran ini menjadi semakin penting mengingat meningkatnya prevalensi penyakit kronis yang membutuhkan perawatan jangka panjang dan berkelanjutan di tingkat komunitas (WHO, 2022).

Dalam praktiknya, perawat komunitas berperan sebagai penghubung antara sistem pelayanan kesehatan formal dengan pasien dan keluarga di lingkungan rumah. Perawat memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan yang

komprehensif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan individu serta konteks sosial budaya pasien (Stanhope, M., & Lancaster, 2020).

1. Peran Utama Perawat Komunitas

Peran perawat komunitas dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah mencakup berbagai fungsi yang bersifat holistik, mulai dari pemberian asuhan hingga pemberdayaan pasien dan keluarga.

a. Care Provider (Pemberi Asuhan Keperawatan)

Perawat memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien di rumah, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Asuhan ini bersifat holistik, mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien.

b. Educator (Pendidik Kesehatan)

Perawat berperan dalam memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit, pengobatan, serta upaya pencegahan komplikasi. Edukasi yang diberikan harus disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan kebutuhan pasien, sehingga dapat meningkatkan kemampuan *self-management*.

c. Advokator (Advocate)

Perawat bertindak sebagai advokat bagi pasien dalam memperoleh hak-haknya terkait pelayanan kesehatan. Perawat membantu pasien dalam mengambil keputusan yang tepat serta memastikan pasien mendapatkan pelayanan yang adil dan sesuai kebutuhan.

d. Koordinator Pelayanan (Care Coordinator)

Perawat berperan dalam mengoordinasikan berbagai layanan kesehatan yang dibutuhkan pasien, termasuk rujukan ke fasilitas kesehatan lain. Koordinasi ini penting untuk memastikan kesinambungan pelayanan (*continuity of care*).

e. Fasilitator (Facilitator)

Perawat memfasilitasi pasien dan keluarga dalam mengakses sumber daya yang tersedia, seperti layanan kesehatan, program komunitas, maupun dukungan sosial.

f. Konselor (Counselor)

Perawat memberikan dukungan psikologis kepada pasien dan keluarga dalam menghadapi kondisi penyakit kronis, termasuk membantu mengatasi stres, kecemasan, dan depresi.

Peran perawat komunitas dalam manajemen penyakit kronis dapat dirangkum pada Tabel 2.11.

Tabel 3.11: Peran Perawat Komunitas dalam Manajemen Penyakit Kronis

Peran	Fungsi	Tujuan
Care provider	Asuhan keperawatan	Memenuhi kebutuhan pasien
Educator	Edukasi kesehatan	Meningkatkan self-management
Advokator	Perlindungan hak pasien	Akses pelayanan
Koordinator	Koordinasi layanan	Continuity of care
Fasilitator	Akses sumber daya	Dukungan sistem
Konselor	Dukungan psikologis	Adaptasi pasien

2. Peran Perawat dalam Praktik Berbasis Rumah

Dalam praktik berbasis rumah, perawat komunitas melakukan berbagai kegiatan seperti kunjungan rumah (*home visit*), pemberian edukasi kesehatan, monitoring kondisi pasien, evaluasi hasil intervensi, serta identifikasi faktor risiko di lingkungan rumah. Selain itu, perawat juga berperan dalam menghubungkan pasien dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Peran ini menunjukkan bahwa perawat tidak hanya bekerja secara klinis, tetapi juga berperan dalam pemberdayaan pasien dan keluarga.

3. Model Peran Perawat Komunitas

Model peran perawat komunitas dalam manajemen penyakit kronis dapat dilihat pada Gambar 8. Model ini menegaskan bahwa perawat komunitas memiliki posisi sentral dalam integrasi pelayanan kesehatan berbasis rumah



Gambar 3.8: Model Peran Perawat Komunitas dalam Manajemen Penyakit Kronis

Gambar ini menunjukkan bahwa perawat komunitas memiliki peran multidimensional sebagai klinisi, edukator, advokat, kolaborator, manajer, pemimpin, dan peneliti dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Perawat komunitas tidak hanya memberikan asuhan, tetapi juga menjadi penggerak perubahan kesehatan di masyarakat.

4. Dampak Peran Perawat Komunitas

Peran perawat komunitas yang optimal berkontribusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, kepatuhan terapi pasien, serta kualitas hidup pasien. Selain itu, peran ini juga berperan dalam menurunkan angka rawat inap dan meningkatkan kemandirian pasien serta keluarga (Stanhope, M., & Lancaster, 2020).

Analisis Kritis

Meskipun peran perawat komunitas sangat strategis dalam manajemen penyakit kronis, implementasinya di lapangan masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu kendala utama adalah keterbatasan jumlah tenaga perawat komunitas serta beban kerja yang tinggi, sehingga pelayanan berbasis rumah belum dapat dilakukan secara optimal.

Selain itu, peran perawat seringkali masih berfokus pada aspek kuratif, sementara peran promotif dan preventif belum dimaksimalkan. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan antara peran ideal perawat komunitas dengan praktik di lapangan.

Kondisi ini menuntut adanya penguatan kapasitas perawat komunitas, baik melalui pendidikan, pelatihan, maupun dukungan kebijakan, agar mampu menjalankan peran secara komprehensif dalam pengelolaan penyakit kronis berbasis rumah.

Penutup Subbab

Dengan demikian, perawat komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah. Melalui fungsi sebagai pemberi asuhan, edukator, advokator, dan koordinator, perawat berkontribusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta kualitas hidup pasien secara berkelanjutan.

J. Strategi Intervensi Berbasis Rumah

Strategi intervensi berbasis rumah merupakan pendekatan yang dirancang untuk meningkatkan efektivitas pengelolaan penyakit kronis melalui keterlibatan aktif pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan di lingkungan tempat tinggal. Pendekatan ini menekankan pada keberlanjutan perawatan, pemberdayaan pasien, serta integrasi antara pelayanan kesehatan formal dan dukungan komunitas (WHO, 2022).

Dalam praktiknya, intervensi berbasis rumah tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga mencakup perubahan perilaku, dukungan sosial, serta pemanfaatan sumber daya lokal. Oleh karena itu, strategi yang digunakan harus bersifat komprehensif, kontekstual, dan berkelanjutan.

1. Prinsip Intervensi Berbasis Rumah

Strategi intervensi berbasis rumah dalam pengelolaan penyakit kronis harus mengacu pada prinsip-prinsip fundamental yang memastikan bahwa intervensi yang dilakukan bersifat efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Prinsip-prinsip ini menjadi landasan dalam merancang, melaksanakan, serta mengevaluasi intervensi keperawatan di tingkat rumah tangga.

a. Holistik

Pendekatan holistik menekankan bahwa intervensi tidak hanya berfokus pada aspek fisik penyakit, tetapi juga mencakup dimensi psikologis, sosial, dan lingkungan pasien. Penyakit kronis seringkali berdampak pada berbagai aspek

kehidupan pasien, sehingga penanganannya harus dilakukan secara menyeluruh.

Perawat komunitas perlu mempertimbangkan kondisi emosional pasien, dukungan keluarga, serta lingkungan tempat tinggal dalam merancang intervensi. Pendekatan ini memungkinkan tercapainya hasil perawatan yang lebih optimal dan berkelanjutan.

b. Partisipatif

Prinsip partisipatif menekankan pentingnya keterlibatan aktif pasien dan keluarga dalam proses perawatan. Pasien tidak hanya berperan sebagai penerima layanan, tetapi juga sebagai mitra dalam pengelolaan penyakit.

Keterlibatan ini dapat berupa partisipasi dalam pengambilan keputusan, pelaksanaan terapi, serta pemantauan kondisi kesehatan. Pendekatan partisipatif terbukti dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan keberhasilan *self-management*.

c. Berkelanjutan

Intervensi berbasis rumah harus dilakukan secara berkelanjutan (*continuity of care*), mengingat penyakit kronis memerlukan penanganan jangka panjang. Intervensi tidak boleh bersifat sesaat atau hanya dilakukan pada kondisi tertentu saja.

Pemantauan rutin, evaluasi berkala, serta penyesuaian intervensi menjadi bagian penting dalam menjaga keberlangsungan perawatan. Prinsip ini memastikan bahwa pasien tetap mendapatkan dukungan yang konsisten dalam mengelola penyakitnya.

d. Kontekstual

Intervensi harus disesuaikan dengan kondisi sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan pasien. Setiap individu memiliki latar belakang yang berbeda, sehingga pendekatan yang digunakan tidak dapat disamaratakan.

Perawat perlu memahami nilai-nilai budaya, kebiasaan hidup, serta keterbatasan yang dimiliki pasien dan keluarga. Dengan demikian, intervensi yang diberikan akan lebih relevan, dapat diterima, dan mudah diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

e. Kolaboratif

Prinsip kolaboratif menekankan pentingnya kerja sama antara berbagai pihak dalam pelaksanaan intervensi, termasuk pasien, keluarga, perawat, tenaga kesehatan lainnya, serta kader kesehatan di komunitas.

Kolaborasi ini bertujuan untuk memperkuat sistem dukungan bagi pasien, meningkatkan koordinasi pelayanan, serta memastikan keberlanjutan

perawatan. Pendekatan kolaboratif juga memungkinkan pemanfaatan sumber daya secara lebih optimal.

Penegasan Konseptual

Kelima prinsip tersebut saling berkaitan dan tidak dapat diterapkan secara terpisah. Intervensi berbasis rumah yang efektif harus mengintegrasikan pendekatan holistik, partisipatif, berkelanjutan, kontekstual, dan kolaboratif secara simultan.

Pendekatan yang hanya berfokus pada satu aspek berisiko menghasilkan intervensi yang kurang optimal. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif terhadap prinsip-prinsip ini menjadi kunci dalam keberhasilan manajemen penyakit kronis berbasis rumah.

2. Bentuk Strategi Intervensi

a. Pemberdayaan Pasien dan Keluarga

Pemberdayaan merupakan strategi utama dalam meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola penyakit kronis. Melalui edukasi, pelatihan keterampilan, dan pendampingan, pasien dan keluarga didorong untuk mampu melakukan *self-management* secara mandiri.

b. Promosi Perilaku Hidup Sehat

Intervensi difokuskan pada perubahan gaya hidup, seperti pengaturan pola makan, peningkatan aktivitas fisik, serta pengelolaan stres. Promosi kesehatan ini penting dalam mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

c. Pendampingan dan Monitoring Berkelanjutan

Perawat komunitas melakukan kunjungan rumah secara berkala untuk memantau kondisi pasien, mengevaluasi intervensi, serta memberikan dukungan berkelanjutan.

d. Kolaborasi dengan Kader dan Tenaga Kesehatan

Intervensi berbasis rumah melibatkan kader kesehatan, keluarga, serta tenaga kesehatan lainnya untuk memperkuat sistem dukungan di tingkat komunitas.

e. Pemanfaatan Teknologi (*Telehealth*)

Teknologi digunakan untuk mendukung monitoring dan konsultasi jarak jauh, sehingga mempermudah akses pasien terhadap pelayanan kesehatan, terutama pada daerah dengan keterbatasan fasilitas.

Strategi intervensi berbasis rumah dapat dirangkum pada Tabel 2.12

Tabel 3.12: Strategi Intervensi Berbasis Rumah

Strategi	Fokus	Tujuan
Pemberdayaan	Self-management	Kemandirian pasien
Promosi kesehatan	Gaya hidup sehat	Pencegahan komplikasi
Monitoring	Pemantauan kondisi	Deteksi dini
Kolaborasi	Dukungan komunitas	Continuity of care
Teknologi	Telehealth	Akses layanan

3. Pendekatan Intervensi yang Kontekstual

Intervensi berbasis rumah harus disesuaikan dengan kondisi sosial, budaya, dan ekonomi keluarga. Faktor seperti tingkat pendidikan, kebiasaan hidup, serta akses terhadap sumber daya sangat mempengaruhi keberhasilan intervensi.

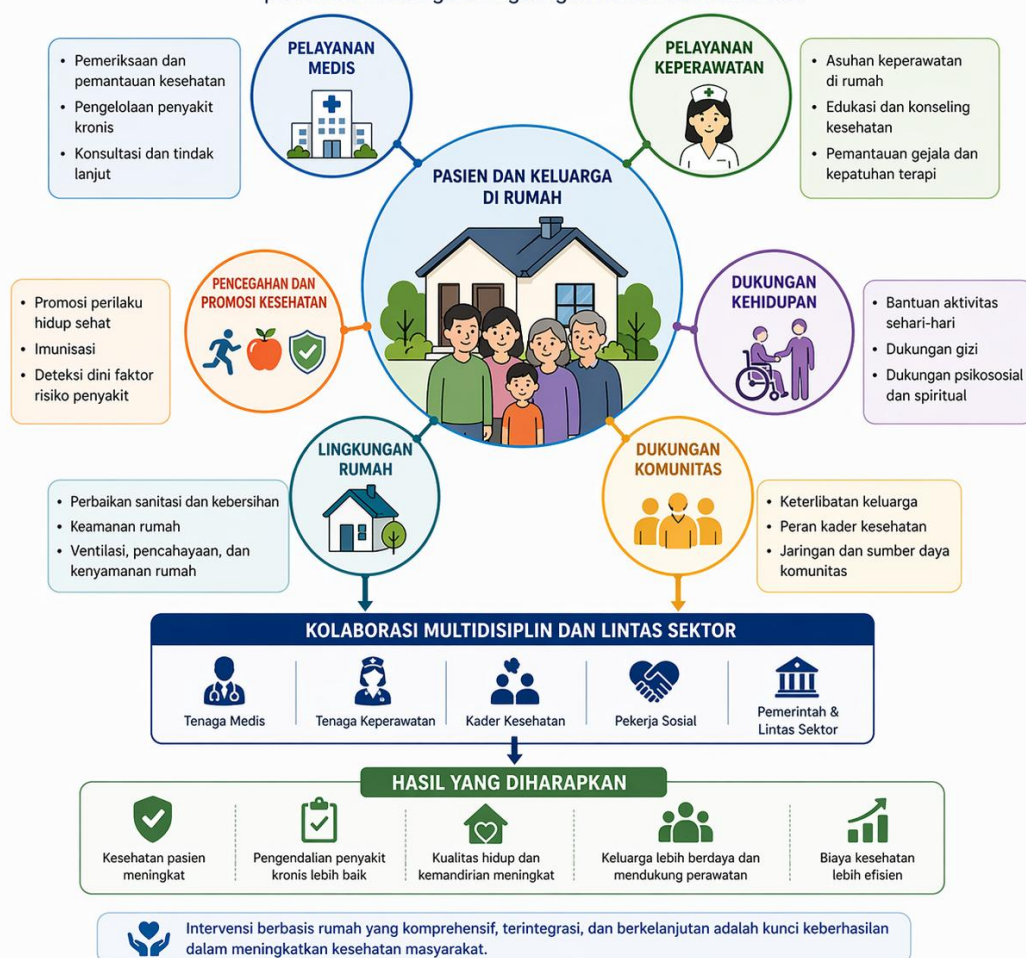
Pendekatan yang tidak mempertimbangkan konteks lokal berisiko tidak efektif karena tidak sesuai dengan kondisi nyata pasien. Oleh karena itu, perawat komunitas perlu melakukan pengkajian yang komprehensif sebelum menentukan strategi intervensi yang tepat (Stanhope, M., & Lancaster, 2020).

4. Model Strategi Intervensi Berbasis Rumah

Model strategi intervensi berbasis rumah dapat dilihat pada Gambar 9. Model ini menegaskan bahwa intervensi berbasis rumah merupakan pendekatan terintegrasi yang melibatkan berbagai komponen dalam sistem pelayanan kesehatan.

STRATEGI INTERVENSI BERBASIS RUMAH

Pendekatan terintegrasi dan kolaboratif untuk meningkatkan kesehatan pasien dan keluarga di lingkungan rumah dan komunitas



Gambar 3.9: Model Strategi Intervensi Berbasis Rumah

Gambar ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis rumah memerlukan kolaborasi multidisiplin yang mencakup pelayanan medis, keperawatan, pencegahan, dukungan kehidupan sehari-hari, perbaikan lingkungan rumah, dan dukungan komunitas. Strategi intervensi rumah tidak dapat dilakukan secara sektoral, tetapi harus berbasis integrasi lintas profesi dan lintas sektor.

5. Dampak Intervensi Berbasis Rumah

Intervensi berbasis rumah yang efektif berkontribusi dalam meningkatkan kemandirian pasien, kepatuhan terapi, serta kualitas hidup. Selain itu, pendekatan ini juga mampu menurunkan risiko komplikasi dan angka rawat inap pada pasien dengan penyakit kronis (WHO, 2022).

Analisis Kritis

Meskipun strategi intervensi berbasis rumah memiliki berbagai keunggulan, implementasinya masih menghadapi sejumlah tantangan. Salah satu kendala utama

adalah keterbatasan sumber daya, baik dari segi tenaga kesehatan maupun dukungan sistem pelayanan.

Selain itu, pendekatan intervensi seringkali belum sepenuhnya mempertimbangkan konteks sosial budaya masyarakat, sehingga kurang efektif dalam mendorong perubahan perilaku pasien. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis rumah tidak dapat diterapkan secara seragam, melainkan harus disesuaikan dengan karakteristik individu dan keluarga.

Kondisi ini mencerminkan adanya kesenjangan antara konsep ideal intervensi berbasis rumah dengan praktik di lapangan. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang lebih adaptif, partisipatif, dan berbasis komunitas untuk meningkatkan efektivitas intervensi dalam pengelolaan penyakit kronis.

Penutup Subbab

Dengan demikian, strategi intervensi berbasis rumah merupakan pendekatan yang efektif dalam pengelolaan penyakit kronis yang menekankan pada pemberdayaan pasien, keterlibatan keluarga, serta dukungan komunitas. Keberhasilan intervensi sangat bergantung pada kesesuaian strategi dengan kondisi pasien dan lingkungan, serta kolaborasi antara berbagai pihak dalam sistem pelayanan kesehatan.

K. Tantangan dan Hambatan

Implementasi manajemen penyakit kronis berbasis rumah merupakan pendekatan yang menjanjikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien serta menurunkan beban pelayanan kesehatan. Namun demikian, pelaksanaannya di lapangan tidak terlepas dari berbagai tantangan dan hambatan yang bersifat multidimensional. Hambatan tersebut dapat berasal dari faktor individu, keluarga, lingkungan, sistem pelayanan kesehatan, maupun kebijakan yang mendukung pelaksanaan program (WHO, 2022).

Keberhasilan manajemen penyakit kronis berbasis rumah sangat dipengaruhi oleh kemampuan pasien dan keluarga dalam menjalankan perawatan sehari-hari. Oleh karena itu, ketika berbagai hambatan tidak diatasi secara tepat, maka efektivitas intervensi akan menurun dan risiko komplikasi penyakit dapat meningkat.

1. Tantangan pada Tingkat Individu

Hambatan pada tingkat individu umumnya berkaitan dengan kondisi pasien sebagai pelaksana utama *self-management*. Salah satu kendala yang paling sering ditemukan adalah rendahnya literasi kesehatan, yaitu keterbatasan kemampuan pasien dalam memahami informasi kesehatan, instruksi pengobatan, serta tanda bahaya penyakit.

Pasien dengan literasi kesehatan yang rendah cenderung mengalami kesulitan dalam mengikuti regimen terapi, memahami pentingnya perubahan gaya hidup, maupun mengambil keputusan kesehatan secara mandiri (Nutbeam, 2018).

Selain itu, faktor psikologis seperti stres, kecemasan, depresi, serta rendahnya motivasi juga dapat menurunkan kemampuan pasien dalam menjalankan pengelolaan penyakit kronis secara konsisten.

2. Tantangan pada Tingkat Keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah. Namun, tidak semua keluarga memiliki kapasitas yang sama dalam menjalankan fungsi tersebut. Beberapa keluarga menghadapi keterbatasan waktu, kurangnya pengetahuan, konflik internal, maupun beban ekonomi yang tinggi.

Kurangnya dukungan keluarga dapat menyebabkan pasien merasa kurang termotivasi, tidak konsisten dalam menjalani terapi, serta mengalami kesulitan dalam mempertahankan perilaku sehat. Sebaliknya, keluarga yang suportif terbukti meningkatkan kepatuhan terapi dan kualitas hidup pasien (Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, 2011).

3. Tantangan Sosial dan Ekonomi

Kondisi sosial ekonomi menjadi determinan penting dalam keberhasilan pengelolaan penyakit kronis. Keterbatasan ekonomi dapat menghambat kemampuan pasien untuk membeli obat, memenuhi kebutuhan nutrisi, menyediakan alat monitoring kesehatan, maupun mengakses transportasi ke fasilitas kesehatan.

Selain itu, kondisi lingkungan tempat tinggal yang kurang mendukung, seperti sanitasi buruk, kepadatan hunian, atau minimnya ruang aktivitas fisik, juga dapat mempengaruhi keberhasilan intervensi berbasis rumah. Berbagai tantangan dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah dapat dirangkum pada Tabel 2.13.

Tabel 3.13: Berbagai tantangan dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah

Aspek	Bentuk Hambatan	Dampak
Individu	Literasi kesehatan rendah	Ketidakpatuhan terapi
Keluarga	Dukungan rendah	Motivasi menurun
Ekonomi	Biaya pengobatan	Terapi tidak optimal
Lingkungan	Rumah tidak mendukung	Intervensi sulit diterapkan
Sistem kesehatan	Akses terbatas	Kontrol tidak rutin

4. Tantangan Sistem Pelayanan Kesehatan

Hambatan lain berasal dari sistem pelayanan kesehatan, terutama keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan, jumlah tenaga kesehatan komunitas yang belum memadai, serta kurang optimalnya program kunjungan rumah.

Selain itu, koordinasi antarprofesi kesehatan masih sering belum berjalan efektif, sehingga kesinambungan pelayanan (*continuity of care*) menjadi kurang optimal. Sistem pelayanan yang belum terintegrasi dapat menyebabkan pasien kehilangan tindak lanjut setelah keluar dari fasilitas kesehatan (Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, 2001).

5. Tantangan Teknologi dan Digitalisasi

Pemanfaatan teknologi seperti *telehealth* dan aplikasi kesehatan memiliki potensi besar dalam mendukung manajemen penyakit kronis. Namun, implementasinya masih menghadapi hambatan berupa keterbatasan akses internet, rendahnya literasi digital, serta kesenjangan penggunaan teknologi pada kelompok lansia dan masyarakat berpenghasilan rendah.

Hal ini menunjukkan bahwa transformasi digital di bidang kesehatan perlu disertai pendekatan inklusif agar tidak memperlebar kesenjangan pelayanan kesehatan.

6. Strategi Mengatasi Tantangan

Untuk mengatasi berbagai hambatan tersebut, diperlukan pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan melalui peningkatan literasi kesehatan pasien dan keluarga, penguatan dukungan keluarga sebagai *caregiver*, pemberian subsidi biaya pengobatan bagi kelompok rentan, penguatan layanan keperawatan komunitas dan kunjungan rumah, pemanfaatan teknologi yang sederhana dan mudah diakses, serta kolaborasi lintas sektor antara bidang kesehatan, sosial, dan komunitas.

7. Model Tantangan dan Solusi

Model tantangan dan solusi dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah dapat dilihat pada Gambar 2.10



Gambar 3.10: Model Tantangan dan Solusi dalam Manajemen Penyakit Kronis Berbasis Rumah

Gambar ini menunjukkan bahwa keberhasilan pengelolaan penyakit kronis tidak hanya ditentukan oleh terapi medis, tetapi juga dipengaruhi oleh determinan sosial kesehatan, seperti lingkungan tempat tinggal, dukungan sosial, kebijakan kesehatan, transportasi, dan ketahanan pangan.

Analisis Kritis

Meskipun pendekatan manajemen penyakit kronis berbasis rumah sering dipromosikan sebagai solusi yang efektif dan efisien, implementasinya tidak dapat dilepaskan dari ketimpangan sosial yang ada di masyarakat. Pendekatan ini berisiko memindahkan beban perawatan dari sistem kesehatan kepada keluarga tanpa dukungan yang memadai.

Selain itu, asumsi bahwa semua pasien mampu melakukan *self-management* secara mandiri seringkali tidak realistis, terutama pada kelompok lansia, masyarakat miskin, atau pasien dengan keterbatasan pendidikan. Hal ini menunjukkan bahwa strategi berbasis rumah harus disertai penguatan sistem dukungan formal agar tidak menimbulkan ketidakadilan kesehatan.

Kondisi ini mencerminkan adanya kesenjangan antara konsep ideal perawatan berbasis rumah dengan realitas sosial di lapangan. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan perlu mengintegrasikan pendekatan klinis, sosial, dan ekonomi secara simultan.

Penutup Subbab

Dengan demikian, tantangan dan hambatan dalam manajemen penyakit kronis berbasis rumah bersifat kompleks dan multidimensional. Keberhasilan implementasi sangat bergantung pada kemampuan sistem pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, kondisi sosial ekonomi, serta kapasitas pasien dalam menjalankan pengelolaan penyakit secara mandiri. Pendekatan yang holistik, inklusif, dan berkelanjutan menjadi kunci dalam mengatasi berbagai hambatan tersebut.

L. Penutup

Manajemen penyakit kronis berbasis rumah merupakan pendekatan yang relevan dalam menghadapi meningkatnya prevalensi penyakit kronis di masyarakat. Pendekatan ini menempatkan rumah sebagai pusat perawatan dengan melibatkan pasien, keluarga, perawat komunitas, serta sistem pelayanan kesehatan secara terintegrasi. Melalui model ini, pengelolaan penyakit tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi juga mencakup upaya promotif, preventif, rehabilitatif, dan pemberdayaan pasien secara berkelanjutan.

Pembahasan pada bab ini menunjukkan bahwa keberhasilan pengelolaan penyakit kronis berbasis rumah dipengaruhi oleh berbagai komponen penting, seperti *self-management*, edukasi kesehatan, monitoring dan evaluasi kondisi pasien, kepatuhan terapi, serta keterlibatan keluarga sebagai sistem pendukung utama. Selain itu, peran perawat komunitas menjadi sangat strategis sebagai pemberi asuhan, edukator, advokat, fasilitator, dan koordinator pelayanan kesehatan yang menjembatani kebutuhan pasien dengan layanan kesehatan yang tersedia.

Strategi intervensi berbasis rumah perlu dirancang secara holistik, partisipatif, kontekstual, dan kolaboratif. Intervensi yang efektif harus disesuaikan dengan kondisi sosial, budaya, ekonomi, serta karakteristik masing-masing keluarga. Pemanfaatan teknologi seperti *telehealth* juga menjadi peluang penting dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan, monitoring kondisi pasien, dan kesinambungan perawatan.

Namun demikian, implementasi pendekatan ini masih menghadapi berbagai tantangan, antara lain rendahnya literasi kesehatan, keterbatasan ekonomi, rendahnya kepatuhan pasien, kurangnya dukungan keluarga, serta belum optimalnya integrasi sistem pelayanan kesehatan. Tantangan tersebut menunjukkan bahwa pengelolaan penyakit kronis tidak dapat dibebankan hanya kepada individu dan keluarga, tetapi memerlukan dukungan kebijakan, penguatan layanan kesehatan primer, serta kolaborasi lintas sektor.

Dengan demikian, manajemen penyakit kronis berbasis rumah merupakan model pelayanan yang berorientasi pada peningkatan kualitas hidup, kemandirian pasien, dan kesejahteraan keluarga. Oleh karena itu, penguatan kapasitas keluarga, optimalisasi peran perawat komunitas, serta pengembangan sistem pelayanan kesehatan berbasis komunitas menjadi langkah penting dalam menghadapi tantangan penyakit kronis di masa depan.

Referensi

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company.
- Barlow, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* ((6th ed.)). F.A. Davis Company.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil kesehatan Indonesia 2021*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lorig & Holman. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Nolte & McKee. (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Open University Press.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12)(12), 2072–2078.
- Nutbeam, D. (2018). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promotion International*, 33(5), 901.
- Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, J. D. (2011). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 221–239. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10865-010-9294-4>
- Sabate, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO.

- Schulz, R., & Eden, J. (2016). *Families caring for an aging America*. National Academies Press.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (10th ed.). Elsevier Inc.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (2001). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4), 511.
- WHO. (2022). *Noncommunicable diseases*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Glosarium

Istilah	Definisi
Adherence (Kepatuhan Terapi)	Tingkat kesesuaian perilaku pasien dalam mengikuti anjuran pengobatan, penggunaan obat, diet, aktivitas fisik, dan kontrol kesehatan sesuai rekomendasi tenaga kesehatan.
Advokat	Peran perawat atau tenaga kesehatan dalam memperjuangkan hak pasien, membantu akses layanan kesehatan, dan melindungi kepentingan pasien.
Berbasis Rumah (Home-Based Care)	Pendekatan pelayanan kesehatan yang menjadikan rumah sebagai pusat perawatan pasien dengan melibatkan keluarga dan lingkungan sekitar.
Caregiver	Individu, biasanya anggota keluarga, yang memberikan bantuan fisik, emosional, dan sosial kepada pasien yang mengalami keterbatasan akibat penyakit.
Chronic Care Model	Model pelayanan kesehatan yang menekankan kolaborasi antara pasien aktif, tim kesehatan proaktif, komunitas, dan sistem kesehatan untuk mengelola penyakit kronis.
Continuity of Care	Kesinambungan pelayanan kesehatan yang berlangsung terus-menerus dari fasilitas kesehatan ke rumah dan komunitas.
Deteksi Dini	Upaya mengenali tanda atau gejala awal perburukan kondisi kesehatan agar segera dilakukan intervensi.
Diabetes Melitus	Penyakit kronis akibat gangguan metabolisme glukosa yang ditandai kadar gula darah tinggi.
Edukasi Kesehatan	Proses pemberian informasi dan pembelajaran kepada pasien, keluarga, atau masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kesehatan.
Efikasi Diri (Self-Efficacy)	Keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam melakukan tindakan tertentu untuk mencapai hasil kesehatan yang diharapkan.

Evaluasi	Proses menilai hasil intervensi atau perkembangan kondisi pasien berdasarkan indikator tertentu.
Family-Centered Care	Pendekatan pelayanan kesehatan yang menempatkan keluarga sebagai mitra utama dalam proses perawatan pasien.
Faktor Risiko	Keadaan atau perilaku yang meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami penyakit.
Hipertensi	Penyakit kronis berupa peningkatan tekanan darah secara menetap di atas batas normal.
Home Visit (Kunjungan Rumah)	Kegiatan kunjungan tenaga kesehatan ke rumah pasien untuk melakukan asuhan, pemantauan, atau edukasi.
Intervensi	Tindakan terencana yang dilakukan untuk memperbaiki kondisi kesehatan pasien atau mencegah komplikasi.
Intervensi Digital	Pemanfaatan teknologi seperti aplikasi, SMS, telepon, atau perangkat elektronik untuk mendukung pelayanan kesehatan.
Kader Kesehatan	Anggota masyarakat yang diberdayakan untuk membantu kegiatan promotif, preventif, dan pendampingan kesehatan di komunitas.
Komplikasi	Kondisi tambahan atau masalah kesehatan yang muncul akibat penyakit utama.
Kolaborasi Multidisiplin	Kerja sama antara berbagai profesi kesehatan dan sektor lain dalam memberikan pelayanan terpadu.
Literasi Kesehatan	Kemampuan individu memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan untuk mengambil keputusan yang tepat.
Manajemen Diri (Self-Management)	Kemampuan pasien mengelola penyakitnya secara mandiri melalui kepatuhan terapi, perubahan gaya hidup, pemantauan kondisi, dan pengendalian stres.
Monitoring	Proses pemantauan kondisi pasien secara berkala untuk menilai perkembangan kesehatan.
Motivator	Pihak yang memberi dorongan psikologis agar pasien tetap semangat menjalani terapi.
Penyakit Kronis	Penyakit yang berlangsung lama, berkembang perlahan, dan memerlukan pengelolaan jangka panjang.
Perawat Komunitas	Perawat yang berfokus pada peningkatan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat di lingkungan komunitas.
Promotif	Upaya meningkatkan derajat kesehatan melalui edukasi dan pemberdayaan masyarakat.
Preventif	Upaya mencegah timbulnya penyakit atau komplikasi.
Rawat Inap	Pelayanan kesehatan yang mengharuskan pasien dirawat di fasilitas kesehatan dalam jangka waktu tertentu.

Rehabilitatif	Upaya memulihkan kemampuan fisik, psikologis, atau sosial pasien setelah sakit.
Self-Care	Perawatan mandiri yang dilakukan individu untuk menjaga kesehatan dan mengelola penyakit.
Self-Monitoring	Pemantauan mandiri terhadap kondisi kesehatan, misalnya mengukur tekanan darah atau gula darah.
Stres	Respons fisik dan psikologis terhadap tekanan atau beban yang dirasakan individu.
Telehealth	Pelayanan kesehatan jarak jauh melalui teknologi komunikasi dan informasi.
Terapi	Upaya pengobatan atau tindakan untuk mengatasi penyakit dan meningkatkan kondisi kesehatan.
Quality of Life (Kualitas Hidup)	Tingkat kesejahteraan individu yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan.

BAB 4

EDUKASI DAN PEMBERDAYAAN KELUARGA

A. Pendahuluan

Kesehatan masyarakat merupakan indikator penting dalam menilai keberhasilan pembangunan suatu bangsa, yang tidak dapat dipisahkan dari peran keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga memiliki peran strategis dalam menjaga, memelihara, serta meningkatkan derajat kesehatan setiap anggotanya. Dalam perspektif keperawatan komunitas, keluarga diposisikan sebagai pusat pelayanan kesehatan (*family-centered care*), di mana upaya intervensi tidak hanya ditujukan pada individu, tetapi juga melibatkan seluruh anggota keluarga secara menyeluruh. Oleh karena itu, edukasi dan pemberdayaan keluarga menjadi pendekatan yang sangat krusial dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, khususnya dalam upaya penanggulangan stunting dan penyakit kronis (Stanhope & Lancaster, 2020).

Stunting masih menjadi salah satu masalah kesehatan prioritas di Indonesia. Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024, prevalensi stunting nasional tercatat sebesar 19,8%, yang menunjukkan adanya penurunan dibandingkan tahun sebelumnya. Meskipun demikian, angka tersebut masih tergolong tinggi dan belum memenuhi target nasional yang telah ditetapkan, sehingga diperlukan upaya yang lebih intensif, terarah, dan berkelanjutan. Permasalahan stunting tidak hanya menjadi isu nasional, tetapi juga merupakan tantangan global yang memerlukan perhatian serius (UNICEF, 2022).

Secara global, laporan dari *World Health Organization* (WHO), UNICEF, dan World Bank menunjukkan bahwa pada tahun 2024 terdapat sekitar 150,2 juta anak balita di dunia mengalami stunting, atau setara dengan 23,2% dari total anak di bawah usia lima tahun. Hal ini menunjukkan bahwa hampir satu dari empat anak di dunia mengalami gangguan pertumbuhan kronis. Selain itu, sebanyak 42,8 juta anak mengalami *wasting* (kurus akut) dan 35,5 juta anak mengalami kelebihan berat badan, yang mencerminkan adanya beban ganda masalah gizi di tingkat global. Meskipun prevalensi stunting menunjukkan tren penurunan dibandingkan dekade sebelumnya, laju penurunannya masih belum cukup untuk mencapai target global WHO, yaitu penurunan sebesar 40%. Bahkan, tanpa percepatan intervensi yang signifikan, target tersebut diperkirakan sulit untuk dicapai. (WHO, 2021).

Selain permasalahan gizi, peningkatan prevalensi penyakit kronis juga menjadi tantangan besar di tingkat global. Penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular merupakan penyebab utama kematian di dunia dan memerlukan pengelolaan jangka panjang. Dampak penyakit kronis tidak hanya terbatas pada kondisi fisik individu, tetapi juga memengaruhi aspek psikologis, sosial, dan ekonomi keluarga. Oleh karena itu, pengelolaan penyakit kronis tidak dapat sepenuhnya bergantung pada tenaga kesehatan, melainkan memerlukan keterlibatan aktif keluarga sebagai sistem pendukung utama dalam proses perawatan.

Dalam menghadapi berbagai permasalahan tersebut, edukasi kesehatan kepada keluarga menjadi langkah awal yang sangat penting. Edukasi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam menjaga kesehatan serta mencegah terjadinya penyakit. Melalui edukasi yang efektif, keluarga diharapkan mampu memahami pentingnya pemenuhan gizi seimbang, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, serta kepatuhan dalam menjalani pengobatan bagi anggota keluarga yang menderita penyakit kronis. Edukasi yang diberikan oleh perawat komunitas tidak hanya bersifat informatif, tetapi juga harus dilakukan secara komunikatif, partisipatif, dan disesuaikan dengan kondisi sosial budaya masyarakat setempat (Friedman et al., 2019).

Namun demikian, edukasi saja belum cukup apabila tidak disertai dengan pemberdayaan keluarga. Pemberdayaan keluarga merupakan suatu proses untuk meningkatkan kapasitas dan kemandirian keluarga dalam mengenali serta mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi. Melalui pemberdayaan, keluarga tidak lagi hanya berperan sebagai penerima informasi, tetapi juga menjadi subjek aktif dalam pengambilan keputusan dan tindakan terkait kesehatan. Pendekatan ini sangat penting dalam penanggulangan stunting dan penyakit kronis, mengingat keberhasilan intervensi sangat dipengaruhi oleh perilaku dan kebiasaan keluarga dalam kehidupan sehari-hari.

Keperawatan komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam mengintegrasikan edukasi dan pemberdayaan keluarga sebagai bagian dari intervensi kesehatan. Perawat komunitas berperan sebagai edukator, fasilitator, konselor, sekaligus advokat yang membantu keluarga dalam memahami serta mengelola masalah kesehatan. Melalui berbagai kegiatan seperti penyuluhan kesehatan, kunjungan rumah (*home visit*), dan pendampingan keluarga, perawat dapat membangun hubungan yang harmonis dengan masyarakat serta meningkatkan partisipasi keluarga dalam program kesehatan. Pendekatan berbasis keluarga ini terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran dan kemandirian keluarga dalam menjaga kesehatan, sehingga berkontribusi pada penurunan angka

stunting serta pengendalian penyakit kronis (Safitri, A., Valentine, G., Indah, G. S. P., et al, 2025).

Meskipun demikian, implementasi edukasi dan pemberdayaan keluarga masih menghadapi berbagai kendala. Faktor-faktor seperti rendahnya tingkat pendidikan, keterbatasan ekonomi, minimnya akses terhadap informasi kesehatan, serta pengaruh budaya dan kebiasaan masyarakat seringkali menjadi hambatan dalam perubahan perilaku kesehatan. Selain itu, sebagian besar kasus stunting global masih terkonsentrasi di negara berkembang, terutama di kawasan Asia dan Afrika, yang menunjukkan adanya ketimpangan dalam akses terhadap gizi dan layanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang komprehensif, berkelanjutan, dan berbasis komunitas dalam pelaksanaan program edukasi dan pemberdayaan keluarga (Rija, T., Rohi, Y., Hara, M. K., et al, 2025).

Dengan demikian, edukasi dan pemberdayaan keluarga merupakan pendekatan yang sangat penting dalam keperawatan komunitas untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan, serta kemandirian keluarga, diharapkan dapat terbentuk perilaku hidup sehat yang berkelanjutan dan mampu menanggulangi permasalahan stunting serta penyakit kronis secara efektif. Pendekatan berbasis keluarga ini tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan serta mendukung tercapainya pembangunan kesehatan global (Nurlela, L., Kirana, S. A. C., Pannyiwi, R., et al, 2025).

B. Konsep Edukasi Keluarga Dalam Keperawatan Komunitas

1. Pengertian Edukasi Keluarga

Edukasi keluarga dalam keperawatan komunitas merupakan suatu proses terencana yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, dalam memberikan informasi, pembelajaran, serta bimbingan kepada keluarga guna meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam menjaga kesehatan. Pendekatan ini menempatkan keluarga sebagai satu kesatuan yang utuh, bukan sekadar kumpulan individu, sehingga setiap anggota keluarga memiliki peran dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. Dalam praktiknya, edukasi keluarga dilaksanakan secara berkesinambungan, kontekstual, serta disesuaikan dengan latar belakang sosial, budaya, dan tingkat pendidikan Masyarakat t (Friedman, Bowden, & Jones, 2019; Allender, Rector, & Warner, 2021). Dengan demikian, keluarga diharapkan mampu mengenali masalah kesehatan secara dini, melakukan tindakan pencegahan, serta berpartisipasi aktif dalam upaya pemeliharaan kesehatan.

2. Tujuan Edukasi Keluarga

Edukasi keluarga bertujuan untuk meningkatkan kapasitas keluarga dalam memelihara, melindungi, dan meningkatkan derajat kesehatan anggotanya secara mandiri. Secara lebih rinci, tujuan edukasi keluarga meliputi: meningkatkan pengetahuan mengenai faktor risiko dan upaya pencegahan penyakit, termasuk stunting dan penyakit kronis; membentuk sikap positif terhadap penerapan perilaku hidup bersih dan sehat; mengembangkan keterampilan praktis dalam perawatan kesehatan di rumah, seperti pemenuhan gizi seimbang, pemantauan tumbuh kembang anak, serta pengelolaan penyakit kronis; meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatan, serta mendorong keterlibatan aktif keluarga dalam berbagai program kesehatan di masyarakat. Pencapaian tujuan tersebut diharapkan dapat menjadikan keluarga sebagai agen perubahan dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung kesejahteraan (Notoatmodjo, 2020; WHO, 2021).

3. Peran Edukasi Keluarga dalam Pencegahan Stunting dan Penyakit Kronis

Edukasi keluarga memiliki peran strategis dalam upaya pencegahan stunting dan penyakit kronis di tingkat komunitas. Dalam pencegahan stunting, edukasi berfungsi meningkatkan pemahaman keluarga mengenai pentingnya pemenuhan gizi yang optimal sejak masa kehamilan hingga periode 1000 hari pertama kehidupan, praktik pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI yang sesuai, serta penerapan sanitasi dan kebersihan lingkungan. Melalui peningkatan pengetahuan dan kesadaran tersebut, keluarga diharapkan mampu menerapkan pola asuh dan pola makan yang sehat sehingga risiko stunting dapat ditekan (UNICEF, 2022; Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Di sisi lain, dalam pencegahan dan pengendalian penyakit kronis, edukasi keluarga berperan dalam meningkatkan pemahaman mengenai faktor risiko seperti pola makan tidak seimbang, kurangnya aktivitas fisik, serta kebiasaan merokok. Edukasi juga berkontribusi dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, kemampuan pemantauan kondisi kesehatan, serta pemberian dukungan emosional kepada anggota keluarga yang menderita penyakit kronis. Dengan demikian, edukasi keluarga tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi, tetapi juga sebagai proses pembentukan perilaku kesehatan yang berkelanjutan (WHO, 2022; CDC, 2021).

Dalam konteks keperawatan komunitas, edukasi keluarga merupakan salah satu intervensi utama yang bersifat promotif dan preventif. Perawat komunitas berperan sebagai edukator yang menyampaikan informasi secara jelas dan mudah dipahami, sekaligus sebagai fasilitator yang mendorong partisipasi aktif

keluarga dalam menjaga kesehatan. Pendekatan edukasi yang partisipatif, berkelanjutan, dan berbasis kebutuhan masyarakat terbukti mampu meningkatkan kesadaran, kemandirian, serta kualitas hidup keluarga dalam menghadapi berbagai permasalahan kesehatan, termasuk stunting dan penyakit kronis (Stanhope & Lancaster, 2020).

C. Konsep Pemberdayaan Keluarga dalam Penanggulangan Stunting dan Penyakit Kronis

Pemberdayaan keluarga merupakan suatu proses yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan, kepercayaan diri, serta kemandirian keluarga dalam mengelola dan memelihara kesehatan anggotanya. Dalam keperawatan komunitas, pemberdayaan keluarga menjadi pendekatan penting karena keluarga merupakan unit utama yang paling dekat dengan individu dalam kehidupan sehari-hari. (Hendrowati, T. Y., Fadhilah, N., Marlinda, et al, 2025). Melalui pemberdayaan, keluarga tidak hanya berperan sebagai penerima layanan kesehatan, tetapi juga sebagai pelaku utama dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Friedman et al., 2019).

1. Prinsip Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga dalam bidang kesehatan didasarkan pada beberapa prinsip utama. Pertama, prinsip partisipasi aktif, yaitu keluarga dilibatkan secara langsung dalam setiap proses pengambilan keputusan terkait kesehatan. Keterlibatan ini penting agar keluarga merasa memiliki tanggung jawab terhadap kondisi kesehatan anggota keluarganya. Kedua, prinsip kemandirian, di mana keluarga didorong untuk mampu mengenali masalah kesehatan, menentukan solusi, serta melakukan tindakan secara mandiri tanpa ketergantungan penuh pada tenaga kesehatan. Ketiga, prinsip kesetaraan dan kemitraan, yaitu adanya hubungan yang sejajar antara tenaga kesehatan dan keluarga sebagai mitra dalam pelayanan kesehatan (Januaristi, I., & Lismayanti, L, 2025). Keempat, prinsip berbasis potensi dan sumber daya lokal, yang menekankan pemanfaatan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki keluarga serta lingkungan sekitar. Kelima, prinsip berkelanjutan, yaitu upaya pemberdayaan dilakukan secara terus-menerus sehingga perubahan perilaku kesehatan dapat dipertahankan dalam jangka panjang (WHO, 2021; Allender et al., 2021).

2. Peningkatan Kemandirian Keluarga dalam Menjaga Kesehatan

Kemandirian keluarga dalam bidang kesehatan merupakan kemampuan keluarga untuk secara mandiri menjaga, memelihara, serta meningkatkan kesehatan anggotanya. Peningkatan kemandirian ini dapat dicapai melalui proses edukasi, pendampingan, serta penguatan kapasitas keluarga dalam berbagai aspek kesehatan. Keluarga yang mandiri mampu mengenali tanda dan gejala penyakit sejak dini, mengambil keputusan yang tepat terkait tindakan kesehatan, serta melakukan perawatan sederhana di rumah. Dalam konteks pencegahan stunting, kemandirian keluarga tercermin dari kemampuan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak secara optimal, menerapkan pola asuh yang baik, serta menjaga kebersihan lingkungan. Sementara itu, dalam pengelolaan penyakit kronis, kemandirian keluarga terlihat dari kemampuan dalam mengatur pola makan sehat, memastikan kepatuhan terhadap pengobatan, serta melakukan pemantauan kondisi kesehatan secara rutin. Selain itu, dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga juga menjadi bagian penting dalam meningkatkan kualitas hidup anggota keluarga yang sakit (Stanhope & Lancaster, 2020).

Peran tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, sangat penting dalam mendukung peningkatan kemandirian keluarga. Perawat berperan sebagai fasilitator yang membantu keluarga dalam mengidentifikasi masalah, memberikan informasi yang tepat, serta mendorong keluarga untuk aktif dalam pengambilan keputusan. Pendekatan yang digunakan harus bersifat partisipatif, komunikatif, dan sesuai dengan kondisi sosial budaya masyarakat, sehingga keluarga dapat menerima dan menerapkan informasi dengan baik. Dengan demikian, prinsip pemberdayaan yang diterapkan secara tepat akan mampu meningkatkan kemandirian keluarga dalam menjaga kesehatan. Keluarga yang mandiri tidak hanya mampu mengatasi masalah kesehatan yang ada, tetapi juga mampu melakukan upaya pencegahan secara berkelanjutan. Hal ini pada akhirnya akan berkontribusi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

D. Peran Keluarga Sebagai Unit Utama Dalam Pencegahan Stunting

Orang tua memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan kualitas kesehatan dan tumbuh kembang anak, terutama pada periode awal kehidupan yang dikenal sebagai 1000 hari pertama kehidupan. Pada masa ini, anak sangat rentan terhadap berbagai masalah kesehatan, termasuk stunting dan gangguan perkembangan. Oleh karena itu, keterlibatan aktif orang tua dalam pemenuhan kebutuhan dasar anak menjadi faktor utama dalam menciptakan generasi yang sehat dan berkualitas.

1. Peran Orang Tua dalam Pemenuhan Gizi

Pemenuhan gizi merupakan aspek fundamental dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua, khususnya ibu, memiliki tanggung jawab dalam menyediakan asupan nutrisi yang seimbang sesuai dengan kebutuhan usia anak. Hal ini meliputi pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, dilanjutkan dengan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Selain itu, orang tua juga harus memastikan keberagaman makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Pemenuhan gizi yang optimal akan mendukung pertumbuhan fisik, perkembangan otak, serta meningkatkan daya tahan tubuh anak terhadap penyakit (WHO, 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2023).

2. Peran Orang Tua dalam Pola Asuh Anak

Pola asuh yang diterapkan oleh orang tua berpengaruh besar terhadap perkembangan fisik, emosional, dan sosial anak. Pola asuh yang responsif dan penuh kasih sayang akan menciptakan rasa aman serta mendukung perkembangan psikologis anak. Dalam konteks kesehatan, pola asuh juga mencakup kebiasaan pemberian makan, stimulasi perkembangan, serta pembiasaan perilaku hidup bersih dan sehat. Orang tua perlu memberikan perhatian terhadap kebutuhan anak secara menyeluruh, termasuk kebutuhan nutrisi, kasih sayang, dan stimulasi yang sesuai dengan tahap perkembangan. Pola asuh yang tidak tepat dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan, termasuk stunting (UNICEF, 2022).

3. Peran Orang Tua dalam Sanitasi dan Kebersihan Lingkungan

Sanitasi yang baik merupakan salah satu faktor penting dalam pencegahan penyakit pada anak. Orang tua bertanggung jawab dalam menjaga kebersihan lingkungan rumah, menyediakan air bersih, serta memastikan ketersediaan fasilitas sanitasi yang layak, seperti jamban sehat. Selain itu, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, seperti mencuci tangan dengan sabun, menjaga kebersihan makanan, serta pengelolaan limbah rumah tangga, juga sangat penting untuk mencegah infeksi yang dapat mengganggu status gizi anak. Lingkungan yang tidak sehat dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi seperti diare dan cacingan, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap terjadinya stunting (WHO, 2021).

4. Peran Orang Tua dalam Pemantauan Tumbuh Kembang Anak

Pemantauan tumbuh kembang anak merupakan upaya penting untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Orang tua memiliki peran dalam memantau berat badan, tinggi badan, serta perkembangan motorik, bahasa, dan sosial anak secara berkala. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui kunjungan rutin ke posyandu atau fasilitas kesehatan. Dengan pemantauan yang teratur, orang tua dapat segera mengambil tindakan jika ditemukan adanya penyimpangan, sehingga penanganan dapat dilakukan lebih cepat dan tepat. Selain itu, keterlibatan orang tua dalam stimulasi perkembangan anak, seperti bermain dan berinteraksi, juga sangat berpengaruh terhadap perkembangan optimal anak (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Dengan demikian, peran orang tua dalam pemenuhan gizi, pola asuh, sanitasi, dan pemantauan tumbuh kembang anak sangat menentukan kualitas kesehatan dan masa depan anak. Keterlibatan aktif orang tua dalam keempat aspek tersebut tidak hanya mencegah terjadinya stunting, tetapi juga mendukung perkembangan anak secara optimal. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan dan kesadaran orang tua melalui edukasi kesehatan menjadi langkah penting dalam menciptakan generasi yang sehat, cerdas, dan berkualitas.

E. Peran Keluarga dalam Pengelolaan Penyakit Kronis

Pengawasan pengobatan merupakan salah satu peran utama keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan tuberkulosis (TB). Keluarga berperan dalam memastikan kepatuhan pasien terhadap jadwal minum obat, mengingatkan kontrol rutin ke fasilitas kesehatan, serta membantu dalam pengelolaan terapi jangka panjang. Pengawasan ini sangat penting karena ketidakpatuhan dalam pengobatan dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti stroke pada hipertensi atau resistensi obat pada TB. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan dan pengawasan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kepatuhan pengobatan pasien. Semakin baik peran keluarga dalam memberikan pengawasan, maka semakin tinggi tingkat keberhasilan terapi yang dijalani pasien (Supriyadi, 2023; Aliyah, 2024; Krisnawati et al., 2024).

Selain itu, keluarga juga berperan penting dalam menerapkan pola hidup sehat bagi penderita penyakit kronis. Pola hidup sehat meliputi pengaturan diet yang seimbang, aktivitas fisik teratur, pengelolaan stres, serta kebiasaan hidup bersih dan sehat. Pada pasien diabetes, keluarga membantu dalam pengaturan pola makan dan pemantauan kadar gula darah, sedangkan pada hipertensi keluarga berperan dalam mengontrol konsumsi garam, aktivitas fisik, dan tekanan darah secara rutin. Peran

ini terbukti berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup pasien serta mengontrol kondisi penyakit agar tidak semakin memburuk. Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam pengaturan diet, aktivitas, dan kontrol kesehatan dapat membantu menjaga stabilitas kondisi pasien serta mencegah komplikasi lebih lanjut (Maryati et al., 2025; Ratmoro et al., 2024; Nurhayati et al., 2020) .

Dukungan emosional juga merupakan aspek penting dalam perawatan penyakit kronis. Penyakit kronis seringkali menimbulkan stres, kecemasan, bahkan depresi pada penderitanya karena harus menjalani pengobatan dalam jangka panjang. Dalam hal ini, keluarga berperan sebagai sumber dukungan emosional yang memberikan motivasi, perhatian, dan rasa aman kepada pasien. Dukungan emosional dapat meningkatkan semangat pasien dalam menjalani pengobatan serta meningkatkan kepatuhan terhadap terapi. Studi menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang baik, baik secara emosional, informasional, maupun instrumental, berkontribusi positif terhadap keberhasilan pengobatan dan kualitas hidup pasien penyakit kronis (Supriyadi, 2023; Laili et al., 2022)

Strategi Edukasi Kesehatan Berbasis Keluarga

Metode penyuluhan oleh perawat komunitas merupakan strategi penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, khususnya keluarga, terhadap kesehatan. Penyuluhan dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan, seperti ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi, hingga kunjungan rumah (home visit) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakat. Dalam pelaksanaannya, perawat komunitas berperan sebagai edukator dan fasilitator yang tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi juga mendorong partisipasi aktif keluarga dalam memahami dan memecahkan masalah kesehatan. Pendekatan yang digunakan harus berbasis komunitas, mempertimbangkan nilai sosial budaya, serta menggunakan bahasa yang sederhana agar mudah dipahami. Dengan metode penyuluhan yang tepat, diharapkan terjadi perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan, terutama dalam pencegahan stunting dan pengelolaan penyakit kronis (Kusumawati, Y., & Hartono, R. 2021).

Selain metode penyuluhan, keberhasilan edukasi kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh komunikasi terapeutik dan penggunaan media edukasi yang efektif. Komunikasi terapeutik merupakan proses interaksi yang direncanakan secara sadar antara perawat dan klien untuk membantu meningkatkan pemahaman, kepercayaan, dan keterbukaan dalam menerima informasi kesehatan. Sikap empati, mendengarkan aktif, serta penggunaan bahasa yang jelas dan tidak menghakimi menjadi kunci dalam komunikasi ini. Di sisi lain, penggunaan media edukasi seperti leaflet, poster, video, dan alat peraga dapat memperkuat penyampaian pesan agar

lebih menarik dan mudah diingat. Pemilihan media harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan, usia, dan kondisi masyarakat sasaran. Kombinasi antara komunikasi terapeutik yang efektif dan media edukasi yang tepat akan meningkatkan keberhasilan penyuluhan serta mendorong keluarga untuk lebih mandiri dalam menjaga kesehatan (Rahmawati, D., & Sari, M. 2022).

F. Strategi Edukasi Kesehatan Berbasis Keluarga

Metode penyuluhan oleh perawat komunitas merupakan strategi penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, khususnya keluarga, terhadap kesehatan. Penyuluhan dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan, seperti ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi, hingga kunjungan rumah (home visit) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakat. Dalam pelaksanaannya, perawat komunitas berperan sebagai edukator dan fasilitator yang tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi juga mendorong partisipasi aktif keluarga dalam memahami dan memecahkan masalah kesehatan. Pendekatan yang digunakan harus berbasis komunitas, mempertimbangkan nilai sosial budaya, serta menggunakan bahasa yang sederhana agar mudah dipahami. Dengan metode penyuluhan yang tepat, diharapkan terjadi perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan, terutama dalam pencegahan stunting dan pengelolaan penyakit kronis (Kusumawati, Y., & Hartono, R. (2021).

Selain metode penyuluhan, keberhasilan edukasi kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh komunikasi terapeutik dan penggunaan media edukasi yang efektif. Komunikasi terapeutik merupakan proses interaksi yang direncanakan secara sadar antara perawat dan klien untuk membantu meningkatkan pemahaman, kepercayaan, dan keterbukaan dalam menerima informasi kesehatan. Sikap empati, mendengarkan aktif, serta penggunaan bahasa yang jelas dan tidak menghakimi menjadi kunci dalam komunikasi ini. Di sisi lain, penggunaan media edukasi seperti leaflet, poster, video, dan alat peraga dapat memperkuat penyampaian pesan agar lebih menarik dan mudah diingat. Pemilihan media harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan, usia, dan kondisi masyarakat sasaran. Kombinasi antara komunikasi terapeutik yang efektif dan media edukasi yang tepat akan meningkatkan keberhasilan penyuluhan serta mendorong keluarga untuk lebih mandiri dalam menjaga kesehatan (Rahmawati, D., & Sari, M. (2022).

G. Model Pemberdayaan Keluarga dalam Keperawatan Komunitas

1. *Model Self-Care* (Perawatan Mandiri)

Model ini menekankan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan mandiri untuk menjaga kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Perawat berperan dalam memberikan edukasi dan pelatihan keterampilan.

2. *Model Family Centered Nursing* (Keperawatan Berpusat pada Keluarga)

Pendekatan ini menjadikan keluarga sebagai pusat pelayanan, di mana seluruh intervensi keperawatan melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan dan tindakan kesehatan.

3. *Model Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Model ini fokus pada upaya promotif dan preventif melalui peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, serta penerapan pola hidup sehat dalam keluarga.

4. *Model Community Empowerment* (Pemberdayaan Masyarakat)

Model ini mengintegrasikan peran keluarga dalam konteks masyarakat, dengan menekankan partisipasi aktif, pemanfaatan sumber daya lokal, dan penguatan kapasitas keluarga serta komunitas.

5. *Model Family Development* (Perkembangan Keluarga)

Model ini melihat keluarga berdasarkan tahap perkembangan (misalnya keluarga dengan bayi, remaja, lansia) sehingga intervensi disesuaikan dengan kebutuhan pada setiap tahap tersebut.

6. *Model Problem Solving* (Pemecahan Masalah)

Model ini membantu keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, mencari solusi, dan mengambil keputusan yang tepat secara mandiri.

7. *Model Partnership* (Kemitraan)

Model ini menekankan kerja sama antara keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan melalui kolaborasi yang setara.

8. *Model Behavioral Change* (Perubahan Perilaku)

Model ini berfokus pada perubahan perilaku kesehatan keluarga melalui edukasi, motivasi, dan pembiasaan perilaku hidup sehat (Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K, 2015).

H. Peran Perawat Komunitas dalam Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga

Perawat komunitas memiliki peran penting dalam meningkatkan kemampuan keluarga melalui edukasi dan pemberdayaan agar mampu mandiri dalam menjaga kesehatan. Peran tersebut meliputi:

1. Edukator

Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang pencegahan penyakit, perawatan anggota keluarga yang sakit, pola hidup sehat, serta pentingnya deteksi dini. Edukasi dilakukan secara berkelanjutan sesuai kebutuhan keluarga.

2. Fasilitator

Perawat membantu keluarga mengenali masalah kesehatan, menggali potensi yang dimiliki, serta memfasilitasi keluarga dalam menentukan solusi yang tepat.

3. Motivator

Perawat memberikan dorongan dan semangat agar keluarga mau dan mampu menerapkan perilaku hidup sehat serta aktif dalam menjaga kesehatan.

4. Advokat

Perawat berperan sebagai penghubung antara keluarga dengan layanan kesehatan, serta memperjuangkan kebutuhan kesehatan keluarga agar mendapatkan pelayanan yang optimal.

5. Konselor

Perawat memberikan bimbingan dan dukungan emosional kepada keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan, sehingga keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat.

6. Koordinator

Perawat mengoordinasikan pelayanan kesehatan dengan tenaga kesehatan lain maupun instansi terkait untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara menyeluruh.

7. Role Model (Teladan)

Perawat menjadi contoh dalam penerapan perilaku hidup sehat sehingga dapat ditiru oleh keluarga dan masyarakat.

8. Pelatih (Trainer)

Perawat melatih keluarga dalam keterampilan perawatan mandiri seperti perawatan luka, pemberian obat, maupun pemantauan kondisi kesehatan.

I. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga

1. Faktor Internal Keluarga

- a. Tingkat pengetahuan dan pendidikan keluarga
- b. Sikap dan motivasi dalam menerima informasi kesehatan
- c. Kepercayaan, nilai, dan budaya yang dianut
- d. Kondisi ekonomi keluarga
- e. Dukungan antar anggota keluarga

2. Faktor Tenaga Kesehatan (Perawat Komunitas)

- a. Kemampuan komunikasi dan edukasi
- b. Pengetahuan dan keterampilan profesional
- c. Sikap empati, sabar, dan responsif
- d. Kemampuan membangun hubungan terapeutik
- e. Konsistensi dalam melakukan pendampingan

3. Faktor Metode dan Media Edukasi

- a. Kesesuaian metode dengan kondisi keluarga (ceramah, diskusi, demonstrasi)
- b. Penggunaan media yang menarik dan mudah dipahami
- c. Bahasa yang sederhana dan komunikatif
- d. Frekuensi dan keberlanjutan edukasi

4. Faktor Lingkungan dan Sosial

- a. Dukungan masyarakat dan tokoh setempat
- b. Akses terhadap fasilitas kesehatan (puskesmas, posyandu)
- c. Lingkungan yang mendukung perilaku hidup sehat
- d. Pengaruh kelompok atau komunitas

5. Faktor Kebijakan dan Program Kesehatan

- a. Dukungan dari pemerintah atau institusi kesehatan
- b. Ketersediaan program pemberdayaan keluarga
- c. Ketersediaan tenaga dan sarana prasarana
- d. Keberlanjutan program kesehatan di masyarakat

6. Faktor Partisipasi Keluarga

- a. Keterlibatan aktif keluarga dalam setiap kegiatan
- b. Kemauan untuk berubah dan belajar
- c. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- d. Kemandirian dalam menerapkan perilaku sehat (Fitrianingsih, S., Agrina, A., & Zulfitri, R., 2025).

J. Dampak Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga terhadap Penurunan Stunting dan Penyakit Kronis

Edukasi dan pemberdayaan keluarga memiliki peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya dalam menurunkan angka stunting dan penyakit kronis. Melalui edukasi yang tepat, keluarga memperoleh pengetahuan mengenai pentingnya gizi seimbang, pola asuh yang baik, sanitasi lingkungan, serta pencegahan penyakit sejak dini. Peningkatan pengetahuan ini mendorong perubahan perilaku keluarga ke arah yang lebih sehat, seperti pemberian ASI eksklusif, pemenuhan nutrisi anak, serta pemantauan tumbuh

kembang secara rutin. Hal ini berdampak langsung pada penurunan risiko stunting pada anak (Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D, 2021).

Selain itu, pemberdayaan keluarga juga meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenali faktor risiko dan melakukan pencegahan terhadap penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Keluarga menjadi lebih mandiri dalam menerapkan pola hidup sehat, seperti menjaga pola makan, aktivitas fisik, serta kepatuhan dalam pengobatan bagi anggota keluarga yang sakit. Dengan adanya dukungan keluarga yang kuat, pengelolaan penyakit kronis menjadi lebih optimal sehingga dapat mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup penderita.

Secara keseluruhan, edukasi dan pemberdayaan keluarga berkontribusi dalam menciptakan perubahan perilaku yang berkelanjutan, meningkatkan kemandirian keluarga, serta memperkuat upaya promotif dan preventif. Dampak jangka panjangnya adalah menurunnya angka stunting dan penyakit kronis, serta meningkatnya kualitas hidup dan kesejahteraan Masyarakat (Erwana, S., Saputra, C., Ezalina, & Putra, I. D, (2026).

K. Hambatan dan Tantangan dalam Edukasi dan Pemberdayaan Keluarga di Komunitas

1. Faktor Internal Keluarga

- a. Rendahnya tingkat pengetahuan dan pendidikan kesehatan
- b. Kurangnya motivasi dan kesadaran untuk berubah
- c. Kepercayaan atau budaya yang tidak mendukung perilaku sehat
- d. Keterbatasan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan kesehatan
- e. Kurangnya dukungan antar anggota keluarga

2. Faktor Komunikasi

- a. Bahasa yang sulit dipahami oleh keluarga
- b. Perbedaan latar belakang budaya antara perawat dan keluarga
- c. Kurangnya keterampilan komunikasi tenaga kesehatan
- d. Informasi yang disampaikan terlalu kompleks atau tidak sesuai kebutuhan

3. Faktor Tenaga Kesehatan

- a. Keterbatasan jumlah perawat komunitas
- b. Beban kerja yang tinggi
- c. Kurangnya pelatihan dalam edukasi dan pemberdayaan
- d. Kurangnya waktu untuk melakukan pendampingan secara optimal

4. Faktor Lingkungan dan Sosial

- a. Lingkungan yang tidak mendukung perilaku hidup sehat
- b. Pengaruh kebiasaan masyarakat yang kurang sehat

- c. Kurangnya dukungan dari tokoh masyarakat
- d. Stigma terhadap penyakit tertentu (misalnya TB, HIV)

5. Faktor Sarana dan Prasarana

- a. Terbatasnya fasilitas kesehatan (puskesmas, posyandu)
- b. Kurangnya media edukasi yang menarik dan efektif
- c. Akses pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau

6. Faktor Kebijakan dan Program

- a. Program yang tidak berkelanjutan
- b. Kurangnya dukungan dari pemerintah atau instansi terkait
- c. Minimnya anggaran untuk kegiatan pemberdayaan
- d. Koordinasi lintas sektor yang belum optimal

7. Tantangan dalam Partisipasi Keluarga

- a. Rendahnya keterlibatan aktif keluarga
- b. Ketergantungan pada tenaga kesehatan
- c. Kurangnya komitmen dalam menerapkan perilaku sehat
- d. Kesulitan mempertahankan perubahan perilaku dalam jangka panjang

Secara keseluruhan, hambatan dan tantangan ini memerlukan pendekatan yang komprehensif, kolaboratif, dan berkelanjutan agar proses edukasi dan pemberdayaan keluarga dapat berjalan efektif dan mencapai hasil yang optimal (Aliyah. N, 2024).

L. Penutup

Edukasi dan pemberdayaan keluarga dalam keperawatan komunitas merupakan upaya strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Melalui pendekatan yang berfokus pada peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan kemandirian keluarga, diharapkan keluarga mampu berperan aktif dalam menjaga kesehatan, mencegah penyakit, serta merawat anggota keluarga yang sakit secara mandiri.

Peran perawat komunitas sebagai edukator, fasilitator, motivator, dan advokat sangat penting dalam mendukung keberhasilan proses pemberdayaan. Meskipun terdapat berbagai hambatan dan tantangan, upaya yang dilakukan secara berkelanjutan, kolaboratif, dan berbasis kebutuhan masyarakat dapat memberikan dampak positif yang signifikan, seperti penurunan angka stunting dan penyakit kronis serta peningkatan kualitas hidup keluarga.

Dengan demikian, pemberdayaan keluarga perlu terus ditingkatkan melalui dukungan semua pihak, baik tenaga kesehatan, pemerintah, maupun masyarakat, agar tercipta keluarga yang mandiri, sehat, dan sejahtera.

Referensi

- Aliyah, N. (2024). *Dukungan keluarga dalam kepatuhan minum obat antihipertensi*. Galenical: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan, 4(6).
- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2021). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Chronic disease prevention and health promotion*. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/index.htm>
- Erwana, S., Saputra, C., Ezalina, & Putra, I. D. (2026). Inovasi teknologi berbasis IoT terhadap pemberdayaan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan komunitas. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 7(1).
- Fitrianingsih, S., Agrina, A., & Zulfitri, R. (2025). Pemberdayaan keluarga berbasis family centered nursing terhadap kemandirian keluarga dan pasien hipertensi. *Jurnal Ners*, 10(1).
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2019). *Family nursing: Research, theory, and practice* (6th ed.). Pearson.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Health Education Quarterly, 42(4), 521–530.
- Hendrowati, T. Y., Fadhilah, N., Marlinda, et al. (2025). Pemberdayaan masyarakat melalui edukasi kesehatan berbasis keperawatan komunitas. *Jurnal Pengabdian Dharma Wacana*, 6(1).
- Januaristi, I., & Lismayanti, L. (2025). Peran pelayanan keperawatan komunitas terhadap penanggulangan penyakit menular dan tidak menular. *Jurnal Media Akademik*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang anak (SDIDTK). Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Pedoman pemberian makan bayi dan anak (PMBA). Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023b). Profil kesehatan Indonesia tahun 2022. Kementerian Kesehatan RI.
- Krisnawati, D. I., Khafid, M., Hatmanti, N. M., Winoto, P. M. P., & Qasanah, I. F. (2024). Peran keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB paru: Literatur review. *Jurnal Kesehatan Islam*, 13(2).
- Laili, N., Lestari, N., & Heni, S. (2022). Peran keluarga terhadap kepatuhan mengkonsumsi obat anti hipertensi. *Jurnal Abdi Masyarakat Erau*, 1(1).
- Maryati, H., Praningsih, S., Nurmalisyah, F. F., & Siswati. (2025). Peran keluarga dalam perawatan lansia hipertensi. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 10(4).
- Notoatmodjo, S. (2020). Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. Rineka Cipta.

- Nurhayati, L., Syamsudin, S., & Khoiriyah, S. (2020). Peran keluarga dalam perawatan diabetes mellitus. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 6(2).
- Nurlela, L., Kirana, S. A. C., Pannyiwi, R., et al. (2025). Pemberdayaan keluarga dalam asuhan keperawatan pasien kanker melalui edukasi perawatan nyeri dan dukungan psikososial. *Sahabat Sosial: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(1).
- Rahmawati, D., & Sari, M. (2022). Pengaruh komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien di pelayanan kesehatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 45–52.
- Ratmoro, N. F., Atika, S., Hartaty, N., & Imelda. (2024). Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kepatuhan kontrol rutin pada lansia diabetes melitus. *Jurnal Assyifa: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 10(1).
- Rija, T., Rohi, Y., Hara, M. K., et al. (2025). Strategi pendampingan keluarga untuk mencapai lingkungan bebas malaria dengan pendekatan pemberdayaan. *Jurnal Kesehatan Primer*, 10(1).
- Safitri, A., Valentine, G., Indah, G. S. P., et al. (2025). Implementasi asuhan keperawatan komunitas pada penyakit hipertensi, diabetes melitus, dan asam urat. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public health nursing: Population-centered health care in the community (10th ed.)*. Elsevier.
- Supriyadi. (2023). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan menjalankan pengobatan penyakit kronis. *Journal of Language and Health*, 5(1).
- UNICEF. (2022). *Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress*. <https://www.unicef.org>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health promotion and disease prevention through population-based interventions*. <https://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Noncommunicable diseases: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Glosarium

A

Asuhan Keperawatan Komunitas: Pelayanan keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

C

Community Empowerment (Pemberdayaan Masyarakat): Proses meningkatkan kemampuan masyarakat agar mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan melalui partisipasi aktif.

F

Family Centered Nursing: Pendekatan keperawatan yang menjadikan keluarga sebagai pusat dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

S

Self-Care (Perawatan Mandiri): Kemampuan individu atau keluarga dalam merawat diri sendiri untuk menjaga kesehatan.

Stunting: Kondisi gagal tumbuh pada anak akibat kekurangan gizi kronis.

BAB 5

KOLABORASI LINTAS SEKTOR DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Kolaborasi Lintas Sektor

1. Konsep Kolaborasi Lintas Sektor

Kolaborasi sebagai suatu jenis sistem interaksi yang mana Individu dalam suatu kelompok biasanya memiliki aspirasi dan kesulitan konseptual yang berbeda-beda, kemudian Aspirasi dan konsep tersebut dibandingkan dengan kemauan masing-masing orang untuk memotivasi peserta lainnya dan keinginan untuk menunjukkan perhatian terhadap orang lain merupakan komitmen untuk bekerja sama secara konsisten.

Berikut beberapa konsep dasar kolaborasi lintas sektor :

a. Pendekatan Integratif

Kolaborasi lintas sektor menekankan integrasi antara berbagai bidang yang memiliki kontribusi terhadap kesehatan, seperti: Pendidikan, Lingkungan, Ekonomi, Sosial, Infrastruktur

b. Pendekatan Holistik

Pendekatan ini melihat kesehatan sebagai hasil interaksi berbagai faktor, sehingga penanganannya harus menyeluruh.

c. Pendekatan Partisipatif

Melibatkan berbagai pemangku kepentingan termasuk masyarakat sebagai subjek, bukan objek. Keterlibatan pemangku kepentingan mencakup: Kepercayaan antar aktor, Komunikasi efektif, Kepemimpinan kolaboratif, Tujuan bersama

d. Pendekatan Berbasis Sistem

Sistem kesehatan dipandang sebagai bagian dari sistem sosial yang lebih luas, sehingga membutuhkan koordinasi lintas sektor. Menurut pendekatan sistem, setiap komponen dalam masyarakat saling berinteraksi. Gangguan pada satu sektor akan memengaruhi sektor lainnya, termasuk kesehatan

Prinsip-Prinsip Kolaborasi Lintas Sektor

a. Kesenjangan (Equity)

Semua pihak memiliki posisi yang setara dalam pengambilan keputusan.

b. Partisipasi

Melibatkan seluruh pemangku kepentingan secara aktif.

c. Transparansi

Proses terbuka dan dapat dipertanggungjawabkan.

d. Akuntabilitas

Setiap pihak bertanggung jawab atas perannya.

e. Keberlanjutan (Sustainability)

Program dirancang untuk jangka panjang.

f. Berbasis Bukti (Evidence-Based)

Keputusan didasarkan pada data dan penelitian.

Komponen Utama Kolaborasi Lintas Sektor

a. Aktor atau Pemangku Kepentingan

Stakeholder dalam kolaborasi lintas sektor mencakup Pemerintah (pusat dan daerah), Sektor swasta, Lembaga swadaya masyarakat, Akademisi, Masyarakat

b. Tujuan Bersama

Kesepakatan mengenai hasil yang ingin dicapai.

c. Struktur Koordinasi

Mekanisme formal maupun informal untuk mengatur kerja sama.

d. Sumber Daya

Meliputi: Dana, Tenaga, material, Teknologi, Informasi

e. Mekanisme Komunikasi

Pertukaran informasi yang efektif dan berkelanjutan.

Model-Model Kolaborasi Lintas Sektor

a. Model Pentahelix

Melibatkan lima unsur yaitu : Pemerintah, Akademisi, Dunia usaha, Masyarakat, Media

b. Model Intersektoral

Kerja sama antar instansi pemerintah yang berbeda.

c. Model Public-Private Partnership (PPP)

Kolaborasi antara sektor publik dan swasta.

d. Model Community-Based Collaboration

Berbasis pada pemberdayaan masyarakat.

Selanjutnya Schrage (1995) mendefinisikan kolaborasi sebagai proses pembentukan pemikiran individu tunggal atau lebih melalui masukan berkualitas tinggi secara konsisten. Keduanya terlibat dalam percakapan untuk mengembangkan pemahaman bersama bahwa apa yang sebelumnya tidak mereka miliki kini dapat tersedia bagi mereka. Kemudian Dr. Balqis Nazaruddin, dkk., menjelaskan pengertian kolaborasi dari sudut pandang yang sangat strategis dan terstruktur dalam mewujudkan kota layak anak. Berikut adalah penjelasannya mengenai pengertian kolaborasi:

a. Kolaborasi sebagai Sinergi Lintas Sektoral

Pengertian ini menekankan bahwa kolaborasi adalah kerjasama yang melibatkan berbagai sektor (pemerintah, swasta, dan masyarakat) yang saling berinteraksi secara intensif. Berdasarkan pengertian ini kolaborasi bukan sekedar pertemuan antar-instansi, melainkan penggabungan sumber daya dan kewenangan untuk mencapai tujuan bersama yang kompleks, antara lain dalam mewujudkan kota layak anak kolaborasi dilakukan untuk pemenuhan hak dan perlindungan anak.

b. Proses Pencapaian Tujuan Bersama

Kolaborasi sebagai sebuah proses di mana organisasi-organisasi yang memiliki kepentingan berbeda setuju untuk bekerja sama secara sadar guna mencapai hasil yang tidak dapat dicapai jika mereka bekerja sendiri-sendiri. Intinya berdasarkan pengertian ini Kolaborasi sebagai solusi atas keterbatasan sumber daya atau jangkauan satu instansi (seperti Dinas Kesehatan saja) dalam menangani isu kesehatan anak yang multidimensi.

c. Elemen Kunci dalam Pengertian Kolaborasi

Berdasarkan pendekatan indikator yang akan diciptakan dalam mewujudkan kota layak anak, pengertian kolaborasi mencakup beberapa elemen penting:

- Kepentingan Bersama (*Shared Interests*): Adanya visi yang sama mengenai perlunya mewujudkan Kota Layak Anak.
- Saling Ketergantungan (*Interdependence*): Pengakuan bahwa setiap sektor (Dinas Pendidikan, Kesehatan, PU, dll.) saling membutuhkan untuk menyelesaikan masalah kesehatan anak.
- Kesepakatan Kolektif: Adanya aturan main, struktur koordinasi, dan pembagian peran yang jelas di antara para pemangku kepentingan (*stakeholders*).

d. Fokus pada Kinerja dan Outcome

Pada substansi ini menggarisbawahi bahwa kolaborasi adalah mekanisme untuk meningkatkan kinerja program. Dalam hal ini, kolaborasi dianggap

berhasil jika proses tersebut mampu menghasilkan luaran (*outcome*) yang nyata, seperti menurunnya angka stunting atau meningkatnya cakupan imunisasi sebagai bagian dari indikator Kota Layak Anak.

Grey's pada tahun 1989, menekankan kemungkinan pertumbuhan teoritis melalui kolaborasi. Terdapat beberapa definisi kolaborasi yang muncul dari berbagai fenomena kolaborasi (studi kasus) yang dapat diterapkan pada permasalahan kolaborasi, antara lain yaitu:

- a. Westley & Vrendenburg dalam Grey's (1989:5) menjelaskan kolaborasi merupakan suatu proses yang melibatkan berbagai pihak yang mengamati berbagai aspek suatu masalah dan dapat mengidentifikasi perbedaan di antara mereka dan mencari solusi dengan meminimalkan titik alternatif mereka sendiri.
- b. Roberts dan Bradley, menyatakan bahwa kolaborasi merupakan suatu proses interaktif dimana tujuan secara sukarela, membuat keputusan bersama, dan menyepakatinya serta struktur sementara.
- c. Golich mengartikan kolaborasi bukan secara spesifik melainkan dalam konsep kolaborasi sebagai organisasi formal atau informal, aturan dan proses mencapai keputusan dibentuk prinsip dan norma-norma yang sangat penting bagi para aktor yang terlibat dalam isu yang dihadapi.
- d. Selsky tidak mendefinisikan kolaborasi secara spesifik tetapi mendefinisikan "pengembangan" sebagai bisnis panjang yang melibatkan kerja sama dengan bisnis panjang lainnya untuk memecahkan masalah bersama dalam mencapai tujuan bersama di tingkat antar organisasi dan komunitas.
- e. Flesher mendefinisikan kolaborasi lebih rinci yaitu jenis hubungan antar organisasi dengan sistem administrasi dan koordinasi yang unik yang disebut organisasi manajemen federasi.

Berikut ini pengertian kolaborasi dari beberapa ahli:

- a. Gray (1989) menyatakan bahwa kolaborasi merupakan proses pengambilan keputusan bersama dengan para pemangku kepentingan kunci (key stakeholder).
- b. Wood & Gray (1991) mendefinisikan kolaborasi ketika sekelompok pemangku kepentingan bersama dalam domain masalah terlibat dalam proses interaktif menggunakan aturan bersama, norma serta struktur, untuk mempelajari atau memperjelas isu-isu yang berkaitan dengan domain terkait

- c. Thomson & Perry (2006) menyatakan bahwa kolaborasi memiliki banyak segi dan dapat berdampak multi dimensional yang akan mempengaruhi administration, governance, mutually, norms dan autonomy dari organisasi.
- d. Huxham & Vangen (2005a); kolaborasi merupakan suatu sistem yang terjadi sebagai ketergantungan yang baru dan kompleks.
- e. Camarinha-Matos & Abreu (2007) kolaborasi berkaitan dengan proses jaringan/networking. Proses kolaboratif sebagai satu set tindakan yang dilakukan oleh anggota jaringan kolaboratif dengan tujuan mencapai tujuan Bersama.
- f. Bryson et al. (2006) menyatakan bahwa kolaborasi memungkinkan organisasi untuk bertukar informasi, sumber daya, aktivitas, dan kemampuan untuk mencapai hasil bersama yang tidak dapat dicapai oleh organisasi di satu sektor.
- g. Chen (2008) yang menyatakan bahwa kolaborasi memungkinkan dua atau lebih organisasi untuk bekerja sama untuk menyelesaikan masalah melalui upaya bersama dalam satu program atau layanan.

Berdasarkan berbagai pengertian tersebut, menunjukkan bahwa kolaborasi memiliki ambang batas dan susunan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kerjasama tim dan koordinasi. Banyak peneliti menyimpulkan bahwa kerjasama dengan kolaborasi berbeda dalam hal terintegrasi, berkomitmen, dan kompleksinteraksi. Kerjasama adalah yang paling rendah dari kesatuan, sedangkan kolaborasi adalah proses paling tinggi dari kesatuan (Alter & Hage, 1993; Himmelman, 2002; Mattessich & Monsey, 2001)

Kerja sama lintas sektor melibatkan dinas dan orang-orang di luar sektor kesehatan yang merupakan usaha bersama mempengaruhi faktor yang secara langsung atau tidak langsung terhadap kesehatan manusia. Kerja sama tidak hanya dalam proposal pengesahan, tetapi juga ikut serta mendefinisikan masalah, prioritas, kebutuhan, pengumpulan, dan interpretasi informasi serta mengevaluasi. Prinsip kerja sama lintas sektor melalui pertalian dengan program di dalam dan di luar sektor kesehatan untuk mencapai kesadaran yang lebih besar terhadap konsekuensi kesehatan dari keputusan kebijakan dan praktek organisasi sektor-sektor yang berbeda. (WHO, 1998)

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi penanggulangan masalah kesehatan yang meliputi anggaran, Pengendalian dan manajemen lingkungan, komitmen, peran, dan tanggung jawab. Masalah anggaran

sering membuat beberapa institusi membentuk kerja sama. Pengendalian melalui manajemen lingkungan memerlukan kejelasan yang efektif antara sektor klinis, kesehatan lingkungan, perencanaan pemukiman, institusi akademis, dan masyarakat setempat. (Renstra Depkes 2005-2009). Komitmen memerlukan pembagian visi dan tujuan serta penetapan kepercayaan yang lebih tinggi dan tanggung jawab timbal balik untuk tujuan bersama. Peran dan tanggung jawab menunjuk masalah siapa yang akan melakukan keseluruhan kerja sama. Semua kerja sama memerlukan struktur dan proses untuk memperjelas tanggung jawab dan bagaimana tanggung jawab tersebut dikerjakan. (Renstra Depkes 2005-2009).

Contoh Kerjasama Lintas Sektor bidang kesehatan

- a. Upaya Kesehatan Sekolah : Kerjasama sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, pendidikan, agama.
- b. Upaya promosi kesehatan : Kerjasama sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, pendidikan, agama, pertanian.
- c. Upaya kesehatan ibu dan anak: Kerjasama sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, PKK, PLKB.
- d. Upaya perbaikan gizi : Kerjasama sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, pendidikan, agama, pertanian, koperasi, dunia usaha, PKK, PLKB.
- e. Upaya pembiayaan dan jaminan kesehatan : Kerjasama sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, tenaga kerja, koperasi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan.

Dari beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa kolaborasi terdiri atas elemen:

- a. Stakeholder of a problem domain.
- b. Tujuan bersama (shared goals).
- c. Otonomi.
- d. Process Interaktif.
- e. Aturan bersama, norma dan struktur.
- f. Aksi atau keputusan.
- g. Wilayah orientasi (Domain Orientation).
- h. Hasil (Outcome).

2. Pentingnya Kolaborasi Lintas sector

Salah satu dari strategi untuk mengatasi permasalahan sosial yang muncul di masyarakat adalah melalui kolaborasi. Kolaborasi lintas sektor

seperti, keterlibatan pemerintah, partnership, bisnis, LSM, Komunitas dan masyarakat diperlukan untuk mengatasi permasalahan global seperti pandemi HIV- AIDS atau teroris dan permasalahan dalam negeri seperti kesenjangan kualitas pendidikan baik secara tingkat pendapatan, kurangnya pemahaman dan kesepakatan. Lebih lanjut Bryson et al. (2006a) mengatakan bahwa:

- a. Dengan melakukan kolaborasi organisasi mampu menyelesaikan masalah yang tidak dapat diselesaikan dengan jalan lain;
- b. Kolaborasi dapat membantu organisasi dalam memecahkan masalah-masalah sosial dan lingkungan yang makro, yang tidak mampu diselesaikan hanya dengan organisasi bertindak sendiri;
- c. Dengan berkolaborasi organisasi dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan yang dinamis. Organisasi menggunakan kolaborasi sebagai respon untuk menyesuaikan diri dengan kompleksitas lingkungan, ketidakpastian dan gejolak yang terjadi

Savage et al. (2011) menyatakan bahwa 3 (tiga) faktor utama yang memotivasi organisasi untuk melakukan kolaborasi lintas sektor, antara lain yaitu:

- a. Kolaborasi sebagai cara dimana organisasi dapat mencapai suatu tujuan yang diinginkan yang tidak dapat diselesaikan dengan cara lain.
- b. Kolaborasi mampu menolong organisasi untuk mengatasi masalah-masalah sosial atau masalah lingkungan yang kompleks, yang tidak dapat diatasi dengan hanya organisasi bekerja sendiri (tanpa berkolaborasi).
- c. Organisasi mampu dengan cepat beradaptasi dengan lingkungan yang kompleks, ketidakpastian atau turbulence dengan berkolaborasi.

Gray dalam bukunya *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty problems* mengatakan bahwa ketika kolaborasi digunakan sebagai langkah untuk memecahkan berbagai macam masalah, maka ada beberapa keuntungan yang akan didapatkan dari kolaborasi, diantaranya:

- a. Memecahkan masalah dari peningkatan masalah utama karena kolaborasi merupakan analisis yang komprehensif.
- b. Kemampuan respon yang lebih beragam.
- c. Sangat berguna untuk membuka negosiasi yang tidak berjalan dengan baik (negosiasi deadlock).
- d. Risiko kebutuhan dapat diminimalkan.
- e. Proses kolaborasi memastikan bahwa setiap kepentingan stakeholder dipertimbangkan dalam setiap kesepakatan.
- f. Setiap pihak yang terlibat mempertahankan solusi.

- g. Setiap pihak yang terlibat mengetahui dengan jelas setiap masalah, bukan karena masalah organisasi mereka, dan menemukan solusi bersama.
- h. Partisipasi meningkatkan penerimaan akan solusi dan kemauan untuk menerapkannya.
- i. Potensi untuk menemukan solusi baru meningkat.
- j. Meningkatnya hubungan antar stakeholder.
- k. Biaya terkait metode atau solusi lain dapat dihindari.
- l. Dapat membentuk mekanisme koordinasi bagi para stakeholder (pemangku kepentingan) pada masa yang akan datang.

3. Kolaborasi Lintas Sektor Dalam Bidang Kesehatan

Kolaborasi lintas sektor dalam bidang kesehatan merupakan bentuk kerja sama antara berbagai sektor yang berbeda, baik pemerintah maupun non-pemerintah, yang dilakukan secara terkoordinasi untuk mencapai tujuan bersama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Secara operasional, kolaborasi lintas sektor dalam bidang kesehatan dapat diartikan sebagai: Proses interaksi dinamis antara berbagai aktor dari sektor yang berbeda untuk merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi program kesehatan secara terpadu. Kolaborasi ini mencakup: Integrasi kebijakan, Sinkronisasi program, Pemanfaatan sumber daya bersama, Penguatan jejaring kerja. Kerja sama ini diperlukan karena masalah kesehatan masyarakat memiliki faktor penyebab yang kompleks.

Tujuan Kolaborasi Lintas Sektor : Tujuan utama melakukan kolaborasi lintas sektor dalam bidang kesehatan antara lain Meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan masyarakat, Mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya, Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program kesehatan, atau Mengatasi masalah kesehatan secara komprehensif

Kolaborasi lintas sektor dalam bidang kesehatan melibatkan berbagai sektor yang berbeda, baik pemerintah maupun non-pemerintah, yang dilakukan secara terkoordinasi untuk mencapai tujuan bersama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kolaborasi lintas sektor dalam penanggulangan masalah kesehatan adalah suatu proses kerja sama terencana dan berkelanjutan antara berbagai sektor di luar sektor kesehatan seperti pendidikan, ekonomi, lingkungan, sosial, dan pemerintahan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Pendekatan ini menekankan bahwa masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan hanya oleh sektor kesehatan saja, melainkan membutuhkan keterlibatan aktif berbagai pihak karena determinan kesehatan bersifat kompleks dan multidimensional. Secara

operasional kolaborasi lintas sektor dalam bidang kesehatan dapat diartikan sebagai proses interaksi dinamis antara berbagai aktor dari sektor yang berbeda untuk merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi program kesehatan secara terpadu. Kolaborasi ini mencakup Integrasi kebijakan, Sinkronisasi program, Pemanfaatan sumber daya bersama dan Penguatan jejaring kerja

Lintas sektor kesehatan adalah hubungan yang dikenali antara bagian dari sektor yang berbeda, dibentuk untuk mengambil tindakan pada suatu masalah agar hasil yang dicapai dengan cara yang lebih efektif. berkelanjutan ataupun efisien dibanding sektor kesehatan yang bertindak sendiri (WHO, 1998). Dalam buku ini terminologi sebagai sektor karena mengacu pada RPJMN, Renstra Kemenkes, dan STRANAS KPAN yang juga menggunakan terminologi yang sama.

WHO menyatakan kolaborasi lintas sektoral merupakan hubungan antara berbagai bagian yang berbeda pada berbagai sektor dari masyarakat yang mampu menangani berbagai isu dalam mencapai derajat kesehatan (health outcomes), sehingga mampu menghasilkan output yang lebih efektif, efisien, serta sustainable daripada berusaha mencapai derajat kesehatan dengan bekerja sendiri (WHO, 1997). Hal yang perlu ditekankan bahwa lintas sektoral bukan hanya kerjasama antar berbagai organisasi namun melibatkan sebuah komitmen untuk menciptakan hubungan yang saling bersinergi untuk mencapai tujuan. Aktor kunci dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yaitu pemerintah, masyarakat, LSM, maupun organisasi lainnya. Pendekatan Lintas-sektor di bidang kesehatan telah digunakan pada tingkat global, regional, national, masyarakat dan penetapan kebijakan kesehatan masyarakat (Public Health Agency of Canada 2007) dan dimulai dari "Top-Down" atau dari "Bottom Up" (WHO & PHAC 2008). WHO telah menekankan pentingnya Lintas-sektoral dalam menerapkan sebuah strategi kebijakan. Oleh karena itu WHO juga menekankan strategi Lintas-sektor menjadi strategi global seperti The Ottawa Charter (WHO 1986), Healh for All by the year 2000 (WHO 1981), International Conference on Intersectoral Action for Health (WHO 1997) dan Millenium Development Goals (United Nations 2000; WHO, 1997). Kolaborasi lintas sektoral didasarkan pada niat antar sektor dan organisasi yang berbeda dalam mencapai tujuan bersama. Meskipun istilah yang umum digunakan adalah lintas sektor, namun kegiatan ini mencakup banyak kegiatan seperti berbagai upaya membentuk koalisi dan kebijakan bersama, informasi dan jaringan, serta mengembangkan peraturan yang dapat diterapkan pada sektor lain (Nicholls et al., 2012).

Kolaborasi lintas sektor dalam program kesehatan merupakan sesuatu yang sangat kompleks dan sulit. Namun, berdasarkan dari pengalaman para peneliti sebelumnya, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk menghasilkan kerjasama lintas sektor yang efektif dalam program kesehatan menurut Dick (2002) dan Haris et al. (1995) yaitu:

a. Neccesity

Sektor kesehatan perlu bekerjasama dengan sektor lain maupun lingkup organisasi mereka daripada mengambil pendekatan yang berbeda dalam mengatasi masalah kesehatan.

b. Opportunity

Peluang dapat diartikan dengan kondisi dimana lingkungan kita berada. Lingkungan mempengaruhi kebijakan yang ada, seperti dalam lingkungan politik yang baik mendukung terjadinya kebijakan dan peraturan yang juga baik.

c. Capacity

Baik organisasi kesehatan dan sektor lainnya harus memiliki pengetahuan atau kemampuan yang cukup atas kerjasama tersebut agar komitmen bisa terwujud.

d. Relationship

Harus memiliki hubungan yang kuat antar sektor, sehingga program dapat sustainable,

Perlu dipahami bahwa Kerjasama lintas sektor dalam penanggulangan masalah kesehatan adalah hal yang penting mengingat kesehatan merupakan masalah yang kompleks. Tidak hanya melibatkan kesehatan itu sendiri namun juga melibatkan sektor lainnya seperti gizi, ekonomi, lingkungan, transportasi, kriminalitas dan lainnya (Bano, 2008; Gonzales et al., 1999; Nair & Campbell, 2014; Okware et al., 2001).

Penelitian oleh Nair & Campbell (2014) menyatakan bahwa Program dapat berjalan secara efektif setelah melibatkan LSM, yang mana mereka bekerja dengan gaya bekerja yang tidak terikat oleh aturan (fleksibel), komitmen tinggi, pemahaman akan ketrampilan sosial dan kemauan untuk bekerja keras pada masyarakat desa terpencil dibanding harus bekerja sendiri tanpa pemberdayaan masyarakat dan sektor lainnya. Penelitian lainnya mengemukakan bahwa pentingnya political will, komitmen dan leadership yang kuat dari leading sektor seperti kementerian kesehatan dalam menunjang terwujudnya kerjasama lintas sektor (Adedayo & Ofili, 2009; Bano, 2008; Dick, 2002; Gonzales et al., 1999; Nair & Campbell, 2014; Okware et al., 2001).

Kolaborasi lintas sektor dalam penanggulangan masalah kesehatan merupakan kerja sama antara berbagai sektor pemerintah, swasta, akademisi, dan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Pendekatan ini menekankan sinergi antara berbagai pihak karena permasalahan kesehatan bersifat multidimensional dan tidak dapat diselesaikan oleh satu sektor saja.

Pendekatan collaborative governance dan model penta helix dapat meningkatkan efektivitas program kesehatan masyarakat. Collaborative governance merupakan proses kerja sama antara pemerintah, masyarakat, sektor swasta, dan akademisi dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan kebijakan publik. Kolaborasi model penta helix melibatkan sektor Government; Academic; Business; Community dan Media. Model ini dapat memperkuat program kesehatan masyarakat melalui integrasi sumber daya dari berbagai sektor. Pelaksanaan Kolaborasi antara kelima sektor tersebut dapat menghasilkan kebijakan yang lebih efektif dalam mengatasi permasalahan stunting. Dalam penanggulangan permasalahan stunting Pemerintah memiliki peran sebagai pembuat kebijakan, penyedia anggaran, dan koordinator program kesehatan. Kemudian sektor swasta dapat berkontribusi melalui program CSR, penyediaan pangan bergizi, dan dukungan program kesehatan masyarakat. Sektor akademisi berperan dalam penelitian, pengembangan kebijakan, dan pendidikan kesehatan. Sektor masyarakat berperan dalam perubahan perilaku kesehatan, partisipasi program kesehatan dan pemberdayaan komunitas. Intervensi stunting dibagi menjadi dua yaitu Intervensi Spesifik dan Sensitif. Intervensi spesifik dilakukan oleh sektor kesehatan seperti pemberian suplementasi gizi, pelayanan antenatal dan imunisasi. Intervensi sensitif dilakukan oleh sektor lain seperti sanitasi, Pendidikan, dan ketahanan pangan

4. Implementasi Kolaborasi lintas sektor dalam bidang kesehatan

Kolaborasi lintas sektor sangat penting karena masalah kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor di luar sektor kesehatan. Misalnya masalah gizi buruk pada anak tidak hanya berkaitan dengan pelayanan kesehatan, tetapi juga dengan faktor ekonomi keluarga, pendidikan orang tua, serta lingkungan tempat tinggal. Dengan adanya kolaborasi lintas sektor, berbagai pihak dapat bekerja sama dalam merancang dan melaksanakan program kesehatan yang lebih efektif dan berkelanjutan.

Kolaborasi lintas sektor dalam bidang kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui berbagai program seperti:

- a. Program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang melibatkan sektor pendidikan.

- b. Program Posyandu yang melibatkan kader kesehatan dan masyarakat.
- c. Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang melibatkan berbagai sektor pemerintah.
- d. Program pemberdayaan keluarga dalam pencegahan penyakit.

Di Indonesia pelaksanaan kolaborasi lintas sektor bidang kesehatan telah diterapkan pada beberapa program, seperti:

- Program penanggulangan stunting
- Program sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)
- Program kesehatan ibu dan anak
- Penanggulangan penyakit menular (TB, HIV/AIDS)

Contoh implementasinya:

- Kerja sama antara dinas kesehatan, dinas pendidikan, dan pemerintah desa dalam edukasi gizi
- Kolaborasi sektor lingkungan dalam penyediaan air bersih
- Dukungan sektor sosial dalam perlindungan kelompok rentan

Implementasi kolaborasi lintas sektor dalam penanggulangan masalah kesehatan merupakan tahap krusial dalam menerjemahkan konsep dan kebijakan menjadi tindakan nyata di lapangan. Dalam konteks kesehatan masyarakat, implementasi ini bertujuan untuk mengintegrasikan berbagai sumber daya, kebijakan, dan program dari berbagai sektor guna mencapai hasil yang optimal. Di Indonesia, berbagai masalah kesehatan seperti stunting dan penyakit tidak menular membutuhkan pendekatan lintas sektor karena penyebabnya yang kompleks dan multidimensional.

- a. Urgensi Implementasi Kolaborasi Lintas Sektor dalam Penganggulangan Masalah Kesehatan menjadi penting karena:

- 1) Masalah kesehatan bersifat kompleks dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, lingkungan, dan budaya.
- 2) Keterbatasan sektor kesehatan tidak mampu bekerja sendiri dalam menyelesaikan masalah kesehatan.
- 3) Efisiensi sumber daya. Kolaborasi memungkinkan pemanfaatan sumber daya secara bersama.
- 4) Peningkatan efektivitas program. Program menjadi lebih tepat sasaran dan berkelanjutan.

- b. Tahapan Implementasi Kolaborasi Lintas Sektor

- 1) Identifikasi Masalah
 - a) Analisis situasi kesehatan masyarakat
 - b) Identifikasi determinan sosial kesehatan

- c) Penentuan prioritas masalah
- 2) Identifikasi Pemangku Kepentingan
 - a) Pemerintah (pusat dan daerah)
 - b) Sektor swasta
 - c) Lembaga masyarakat
 - d) Akademisi
 - e) Media
- 3) Perencanaan Bersama
 - a) Penyusunan tujuan dan sasaran
 - b) Penentuan strategi
 - c) Pembagian peran
- 4) Pelaksanaan Program
 - a) Implementasi kegiatan lintas sektor
 - b) Koordinasi antar lembaga
 - c) Mobilisasi sumber daya
- 5) Monitoring dan Evaluasi
 - a) Penilaian kinerja program
 - b) Evaluasi hasil dan dampak
 - c) Perbaikan berkelanjutan

Bentuk Implementasi Kolaborasi Lintas Sektor

- a. Kolaborasi dalam Promosi Kesehatan mencakup Edukasi melalui sekolah, Kampanye kesehatan melalui media, Penyuluhan berbasis masyarakat
- b. Kolaborasi dalam Pencegahan Penyakit antara lain upaya Penyediaan air bersih, Sanitasi lingkungan, Pengendalian vektor penyakit
- c. Kolaborasi dalam Pelayanan Kesehatan antara lain melalui Integrasi layanan Kesehatan, Sistem rujukan terpadu, Pelayanan berbasis komunitas
- d. Kolaborasi dalam Rehabilitasi antara lain menyediakan Dukungan sosial, Rehabilitasi berbasis Masyarakat, Pemberdayaan ekonomi

Peran Pemangku Kepentingan dalam kolaborasi lintas sektor bidang kesehatan masyarakat ;

- a. Sektor Pemerintah yaitu menyusun kebijakan, Mengalokasikan anggaran, dan Koordinasi lintas sektor
- b. Sektor Swasta berperan memberikan Dukungan pendanaan, melakukan Inovasi teknologi, melakukan Program CSR
- c. Sektor Akademisi berperan melakukan Penelitian dan melakukan pengembangan kebijakan berbasis bukti

- d. Sektor Masyarakat berperan dalam berpartisipasi aktif dan melakukan Perubahan perilaku
- e. Sektor Media berperan dalam mendukung Edukasi publik dan Kampanye kesehatan

Tantangan Implementasi

- a. Ego sektoral
- b. Kurangnya komunikasi
- c. Perbedaan kepentingan
- d. Keterbatasan anggaran
- e. Kurangnya komitmen

Strategi Penguatan Implementasi

- a. Penguatan regulasi
- b. Peningkatan koordinasi
- c. Pengembangan kapasitas SDM
- d. Penguatan sistem informasi
- e. Pendekatan berbasis masyarakat

Indikator Keberhasilan Kolaborasi

- a. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
- b. Menurunnya angka penyakit
- c. Meningkatnya akses layanan kesehatan
- d. Terjalannya kemitraan yang berkelanjutan

Implementasi kolaborasi lintas sektor merupakan langkah strategis dalam meningkatkan efektivitas penanggulangan masalah kesehatan. Keberhasilan implementasi sangat bergantung pada komitmen, koordinasi, serta sinergi antar pemangku kepentingan.

Perawat memiliki beberapa peran penting dalam kolaborasi lintas sektor, antara lain sebagai Koordinator pelayanan kesehatan Masyarakat, Pendidik kesehatan bagi Masyarakat, Advokat kesehatan Masyarakat dan sebagai Fasilitator dalam kerja sama antar sektor. Perawat juga dapat berperan dalam menjembatani komunikasi antara masyarakat dengan berbagai institusi yang terlibat dalam program kesehatan.

Bentuk Kolaborasi Lintas Sektor dalam Keperawatan Komunitas

Beberapa bentuk kolaborasi lintas sektor dalam pelayanan keperawatan komunitas antara lain:

- a. Kerja sama dengan sektor pendidikan dalam program kesehatan sekolah.
- b. Kerja sama dengan pemerintah daerah dalam program kesehatan masyarakat.
- c. Kerja sama dengan organisasi masyarakat dalam promosi kesehatan.
- d. Kerja sama dengan sektor sosial dalam penanganan masalah keluarga rawan.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J., Rector, C., & Warner, K. (2019). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. Missouri: Elsevier.
- World Health Organization. (2020). *Community Health Nursing Guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Health in All Policies Framework*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman Kolaborasi Lintas Sektor*.
- Marmot, M. (2005). *Social Determinants of Health*.
- UNICEF. (2019). *Multi-sectoral Approaches to Nutrition*

B. Kebijakan Kesehatan

1. Konsep Kebijakan Kesehatan

Kebijakan diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh pihak yang bertanggungjawab dalam bidang kebijakan kesehatan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan. Kebijakan dapat disusun dalam semua tingkatan dari paling bawah sampai pusat dari swasta maupun Negara (Buse et al., 2005). Kebijakan atau "*policy*" secara umum digunakan untuk menunjukkan perilaku seorang aktor dari munculnya kebijakan misalnya seorang pejabat, organisasi maupun lembaga atau sejumlah aktor dalam bidang tertentu (Winarno, 2012).

Kebijakan dapat dianalogikan sebagai aturan, praktek, atau keputusan dalam suatu keluarga (Uta Lehmann, 2016). Seorang anggota keluarga tidak secara bebas melakukan semua hal yang mereka inginkan. Ada hal-hal tertentu yang mempengaruhi perilaku mereka dalam keluarga; juga bagaimana keluarga membuat keputusan terkait suatu isu yang mempengaruhi keluarga tersebut secara keseluruhan.

Kebijakan merupakan kumpulan keputusan yang dibuat oleh pihak yang disebut sebagai pembuat kebijakan dimana pihak tersebut bertanggung-jawab pada bagian/bidang tertentu misalnya bidang kesehatan, pendidikan, dan perekonomian. Kebijakan disusun pada semua tingkatan, misalnya pada tingkat pemerintah pusat dan daerah. Pembuat kebijakan dalam sistem pemerintahan dapat beranggotakan para petinggi dan menteri dalam kabinet yang berhubungan langsung dengan para pimpinan perusahaan pada tingkat nasional maupun badan internasional misalnya seperti *World Health Organization* (WHO). Kebijakan disusun pada sektor pemerintah maupun swasta. Sektor swasta bisa memutuskan kebijakannya sendiri namun dengan sejumlah syarat dan harus dipastikan bahwa kebijakan tersebut telah disusun dan disesuaikan dengan aturan dan hukum yang berlaku.

Kebijakan kesehatan merupakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh pemerintah atau lembaga terkait untuk mencapai tujuan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan meliputi regulasi, program kesehatan, serta pengalokasian sumber daya untuk pelayanan kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan memiliki peran penting dalam mengarahkan sistem pelayanan kesehatan agar lebih efektif dan efisien dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat.

Kebijakan kesehatan menjadi hal yang penting karena sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Sektor kesehatan ibarat suatu unit yang mengabsorbsi banyak anggaran untuk membayar sumber daya kesehatan. Sebagian menyatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, baik itu *biomedical* maupun produksi, termasuk usaha dagang yang ada pada bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia (Buse, Mays & Walt, 2005 dalam Unusa, 2022).

Kebijakan kesehatan adalah tujuan, sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian. Dapat pula dikatakan bahwa kebijakan kesehatan

adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi masyarakat pada tingkat lokal, nasional dan dunia. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Green & Thorogood, 1998).

Kebijakan kesehatan termasuk salah satu kebijakan publik yang merupakan bagian dari sistem kesehatan. Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan (Cassels, 1995). Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendesain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan, termasuk kebijakan kesehatan internasional (Hunter 2005; Labonte, 1998; Mohindra, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan kesehatan menurut Leichter (1979) dalam (Buse, Mays and Walt, 2005) adalah sebagai berikut:

a. Faktor Situasional

Faktor situasional adalah faktor yang tidak tetap atau tidak secara terus menerus berdampak pada kebijakan melainkan hanya pada kondisi tertentu saja seperti bencana atau perang. Misalnya Pandemi Coronavirus Disease of 2019 (COVID-19) memicu diberlakukannya kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) dan kewajiban vaksin untuk pelaku perjalanan serta mengenakan masker.

b. Faktor Struktural

Faktor struktural merupakan faktor yang tetap atau tidak berubah. Faktor ini mencakup sistem politik yang meliputi transparansi sistem dimana membuka peluang bagi masyarakat untuk mengambil bagian dalam pembahasan dan penentuan kebijakan. Faktor struktural lainnya adalah keadaan secara demografi juga perkembangan teknologi. Misalnya pada daerah dengan jumlah masyarakat usia lansia paling banyak, maka kebijakan yang dibuat adalah lebih banyak menyediakan layanan kesehatan bagi para lansianya.

c. Faktor Budaya

Faktor budaya pun menjadi faktor yang memiliki pengaruh terhadap kebijakan misalnya pada masyarakat dengan menjunjung tinggi adanya jabatan dan kedudukan, maka akan sulit untuk membangun komunikasi yang baik karena adanya perbedaan kedudukan. Faktor lain dalam budaya yakni bahasa dimana untuk kelompok tertentu yang tidak memahami bahasa kaum mayoritas, akan sulit mendapatkan informasi ataupun layanan.

Misalnya pada daerah dimana wanita harus ditemani suami ketika mengunjungi fasilitas kesehatan, maka dapat dibuat kebijakan kunjungan rumah.

d. Faktor International

Faktor international internasional yang mempengaruhi kebijakan adalah adanya ketergantungan dan kerja sama antar Negara. Banyak masalah kesehatan yang membutuhkan adanya kerja sama dengan negara lain misalnya dalam penanganan COVID-19 dan pemberantasan HIV/AIDS, Tuberculosis, Polio, serta Malaria. Di bawah koordinasi WHO, masing-masing negara melakukan tindakan preventif seperti melakukan vaksin, dan berkoordinasi antar negara untuk menjaga perbatasan negara masing-masing.

2. Isu-Isu Kebijakan

Dunn (2000) dalam Vionalita (2020) menjelaskan tentang isu-isu kebijakan berikut :

- a. Isu-isu utama (*major issues*) secara khusus ditemui pada tingkat pemerintah tertinggi. Isu yang berhubungan dengan pertanyaan mengenai misi lembaga.
- b. Isu-isu sekunder (*secondary issues*), adalah isu yang terletak pada tingkat instansi pelaksana program-program pemerintah pusat. Isu yang kedua dapat berisi prioritas- prioritas program dan definisi kelompok-kelompok sasaran dan penerima dampak. Isu tentang bagaimana menyelesaikan masalah pengungsi dan pemukiman kembali.
- c. Isu-isu fungsional (*functional issues*), terletak di antara tingkat program dan proyek, dan memasukan pertanyaan pertanyaan seperti anggaran, keuangan dan usaha untuk memperolehnya.
- d. Isu-isu minor (*minor issues*), adalah isu yang ditemukan paling sering terjadi pada tingkat-tingkat proyek spesifik. Isu-isu minor meliputi personal, staff, keuntungan bekerja, waktu liburan, jam kerja, dan petunjuk pelaksanaan serta peraturan.

3. Karakteristik Masalah Kebijakan

Dunn (1988) dalam Vionalita (2020) menjelaskan tentang karakteristik masalah kebijakan yakni sebagai berikut :

- a. Interdependensi (saling tergantung), yaitu kebijakan suatu bidang (energi) seringkali mempengaruhi masalah kebijakan lainnya (pelayanan kesehatan). Kondisi ini menunjukkan adanya sistem masalah. Sistem

masalah ini membutuhkan pendekatan secara holistik, satu masalah dengan yang lain tidak dapat dipisahkan dan diukur sendiri.

- b. Subjektif, yaitu kondisi eksternal yang menimbulkan masalah diidentifikasi, diklasifikasi dan dievaluasi secara selektif. Contohnya pada masalah populasi udara secara objektif dapat diukur (data). Data ini menimbulkan penafsiran yang beragam antara lain gangguan kesehatan, lingkungan, iklim, dan lain-lain atau bahkan muncul situasi problematis, bukan problem itu sendiri.
- c. Artifisial, yaitu pada saat diperlukan perubahan situasi problematis, sehingga dapat menimbulkan masalah kebijakan.
- d. Dinamis, yaitu masalah dan pemecahannya berada pada suasana perubahan yang terus menerus. Pemecahan masalah justru dapat memunculkan masalah baru, yang membutuhkan pemecahan masalah lanjutan.
- e. Tidak terduga, yaitu masalah yang muncul di luar jangkauan kebijakan dan sistem masalah kebijakan.

4. Pihak yang Berperan dalam Kebijakan

Howlett dan Ramesh (2003) dalam Vionalita (2020) menjelaskan para pihak yang terlibat dalam kebijakan yaitu sebagai berikut :

- a. Aparatur yang dipilih (*elected official*) yaitu berupa eksekutif dan legislative.
- b. Aparatur yang ditunjuk (*appointed official*), sebagai asisten birokrat, biasanya menjadi kunci dasar dan sentral *figure* dalam proses kebijakan atau sub sistem kebijakan.
- c. Kelompok-kelompok kepentingan (*interest group*), pemerintah dan politikus seringkali membutuhkan informasi yang disajikan oleh kelompok-kelompok kepentingan guna efektifitas pembuatan kebijakan atau untuk menyerang oposisi mereka.
- d. Organisasi-organisasi penelitian (*research organization*), berupa universitas, kelompok ahli atau konsultan kebijakan.
- e. Media massa (*mass media*), sebagai jaringan hubungan yang krusial antara negara dan masyarakat sebagai media sosialisasi dan komunikasi dalam melaporkan permasalahan yang dikombinasikan antara peran reporter dengan peran analis aktif sebagai solusi advokasi.

Lebih lanjut Howlett dan Ramesh (2003) dalam Vionalita (2020) menjelaskan bahwa Eksekutif atau Kabinet kebanyakan merupakan pemain

kunci dalam sub sistem implementasi kebijakan, dimana tugas pokoknya adalah memimpin negara, di samping itu ada aktor lain yang terlibat dan bekerja sama dengan eksekutif dalam membuat suatu kebijakan yaitu Legislatif. Selain mengadakan fungsi tersebut, Legislatif juga mengontrol kebijakan pemerintah, memberikan masukan terhadap kebijakan yang dibuat sebagai wadah untuk hak bertanya terhadap suatu permasalahan dan mendiskusikannya dengan pemerintah dan juga mengadakan perubahan atas suatu kebijakan. Namun fungsi ini terkadang tidak optimal sebagai akibat dominannya fungsi yang dimainkan oleh Eksekutif.

1. Proses Penyusunan Kebijakan

Proses pembuatan kebijakan mencakup bagaimana kebijakan mulai dikembangkan/disusun, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diimplementasikan, dan di evaluasi (Buse, Mays and Walt, 2005). Proses kebijakan publik dapat dikatakan sebagai rangkaian upaya membuat pilihan-pilihan kebijakan beserta langkah-langkahnya dengan mempertimbangkan seluruh faktor di sekitar lingkungan kebijakan. Proses pembuatan kebijakan ini berbeda-beda, tidak saja antar sistem politik, melainkan juga dalam sistem politik yang sama (karena pembuatannya melalui proses yang berbeda dengan kebijakan lainnya).

Proses penyusunan kebijakan (William N. Dunn, 2003; Buse, Mays and Walt, 2005) sebagai berikut:

a. Identifikasi masalah dan isu.

Pada tahap ini akan ditentukan isu-isu publik apa yang akan ditangani untuk ditetapkan dalam agenda politik (*agenda setting*). Tahap ini merupakan tahapan yang krusial. Masalah/isu kebijakan adalah kebutuhan, nilai, dan peluang mengadakan perbaikan melalui tindakan pemerintah. Terdapat empat sumber kebutuhan kebijakan menurut (Lembaga Administrasi Negara/LAN, 2012) yakni Aturan Perundang-undangan, Program Legislasi, Isu-isu Aktual, dan Dokumen Perencanaan (Jangka Pendek, Menengah, Panjang, Rencana Strategik). Keberhasilan pelaku kebijakan dalam mengidentifikasi permasalahan publik akan sangat menentukan keberhasilan dari intervensi atau pendekatan yang diambil, sebagai upaya penyelesaian masalah. Adapun isu dan masalah yang ada akan mendapat perhatian besar dari masyarakat dan berbagai pihak lain yakni kelompok elit, berkepentingan, dan media massa.

Isu/masalah mendapatkan perhatian besar apabila disertai alasan-alasan mendasar misalnya menyangkut kepentingan banyak orang, mencapai batas krisis yang membutuhkan penyelesaian segera, memiliki

dampak bagi masyarakat luas, berkaitan dengan nilai hidup dalam masyarakat, dan berdampak pada anggaran publik. Penyebabnya dapat berupa masalah yang sudah terjadi pada masa lalu namun belum terdapat penyelesaian, masalah yang benar-benar baru, akibat kebijakan terdahulu, atau dikarenakan realisasi yang buruk.

Selain memahami masalah, pelaku kebijakan juga bertanggung jawab hingga pada pemecahan atau penyelesaian isu tersebut yang kemudian dimasukkan kedalam agenda tindakan publik (*agenda-setting*) hingga pada pembahasan formal. Fischer dkk (eds.), 2007 menjelaskan bahwa agenda merupakan kumpulan masalah, penyebab, simbol-simbol, dan elemen lain dari masalah publik yang mendapatkan perhatian dari berbagai pihak baik legislatif maupun eksekutif. Adapun isi agenda berupa strategi terbaik dalam penyelesaian, tindakan yang perlu dilakukan pemerintah, keputusan penyerahan pada pihak swasta atau tidak, instansi lain non profit, atau saling bemitra

b. Perumusan/formulasi kebijakan.

Perumusan kebijakan merupakan tahap paling penting dalam proses kebijakan. Tahap ini dilakukan dengan mengidentifikasi kebijakan yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah melalui proses *forecasting* (konsekuensi dari setiap kebijakan dapat ditentukan). Informasi yang diperlukan pada saat perumusan kebijakan adalah apa masalah kebijakan, *outcome* seperti apa yang diharapkan dari kebijakan di masa yang akan datang, kebijakan apa yang ideal untuk menghasilkan *outcome* kebijakan yang diharapkan, apa hasil dari kebijakan yang diterapkan, seberapa efektif suatu kebijakan dan apakah kebijakan tersebut mampu memecahkan masalah yang ditimbulkan. Aktor-aktor yang terlibat dalam formulasi kebijakan adalah aktor/Lembaga di dalam maupun di luar pemerintahan, antara lain media massa, kelompok kepentingan, masyarakat, dan para elit politik. Masalah utama yang dihadapi dalam formulasi kebijakan adalah bagaimana merumuskan apa sebenarnya masalah kebijakan yang harus dipercahkan setelah suatu isu masuk dalam agenda pemerintah.

c. Adopsi kebijakan dengan mengidentifikasi opsi kebijakan melalui dukungan eksekutif dan legislatif, dimana sebelumnya telah melalui proses usulan atau rekomendasi kebijakan terlebih dahulu.

- d. Implementasi kebijakan dimana pada tahap ini kebijakan yang telah disetujui dilaksanakan oleh beberapa organisasi atau unit administrasi dengan mengarahkan dana dan sumber daya untuk mendukung berjalannya implementasi dengan baik. Implementasi kebijakan adalah kegiatan mendistribusikan keluaran kebijakan dilakukan oleh para pelaksana kepada kelompok sasaran. Pada tahap ini dilakukan monitoring kebijakan. Kondisi lingkungan, hubungan antar organisasi, sumber daya, dan karakteristik institusi implementor merupakan factor- faktor yang mempengaruhi kinerja imlementasi (Rondinelli, D.A., Nellis, J.R., Cheema, G., 1983).
- e. Evaluasi kebijakan merupakan tahapan mengevaluasi kebijakan yang telah dilaksanakan. Kebijakan merupakan produk penilaian subjektif dari manusia, bersifat dinamis, dan tidak lepas dari risiko kegagalan. Selain itu diperlukan penyesuaian dengan dinamika perubahan lingkungan Tujuan evaluasi kebijakan adalah menilai *content* kebijakan apakah sesuai tujuan penetapan, dan terimplementasi dengan baik, serta mengukur tingkat ketercapaian tujuan dan sasaran kebijakan sehingga mampu menjelaskan keberhasilan/kegagalan pengembangan kebijakan.

Tahapan ini sangat menentukan apakah suatu kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta kebijakan baru yang ditetapkan. Menurut (Ayuningtyas, 2014), kebijakan dapat dievaluasi dengan indicator efektivitas (ketepatan waktu dalam mencapai tujuan), efisiensi (menilai besarnya pengorbanan dibandingkan hasil), ketepatan dalam menjawab masalah, pemerataan (manfaat dan biaya dari kegiatan telah terdistribusi secara adil dan merata), *responsiveness* (kesesuaian hasil kebijakan dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat), dan *appropriateness* (persepsi masyarakat tentang keuntungan dan besarnya manfaat yang mereka rasakan).

2. Implementasi Kebijakan Kesehatan

Implementasi diartikan sebagai suatu perbedaan antara yang diinginkan arsitek kebijakan dan hasil akhir dari sebuah kebijakan atau yang terjadi antara harapan kebijakan dan hasil kebijakan. Proses pelaksanaan kebijakan dari pembuat kebijakan untuk direalisasikan oleh pihak-pihak lain untuk mempengaruhi agenda kebijakan (Buse et al., 2005).

Implementasi kebijakan adalah tahap krusial dalam proses kebijakan itu sendiri. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau mencapai tujuan yang diinginkan. Menurut van Meter dan van Horn (Winarno B, 2012) membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan individu-individu atau kelompok baik swasta maupun pemerintah untuk mencapai tujuan dalam keputusan kebijakan sebelumnya.

Implementasi Kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn (Winarno B, 2012) memfokuskan diri pada aktivitas atau kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk menjalankan keputusan kebijakan yang telah ditetapkan. Implementasi kebijakan tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh aktor pelaksana saja namun ada banyak variabel yang mempengaruhi. Beberapa variabel dapat kita lihat dari beberapa teori implementasi kebijakan antara lain :

- a. Model Edward III. Menurut Edward III menyebutkan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi.
- b. Model Van Metter dan Van Horn. Menurut Van Metter dan Horn lima variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan antara lain standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi dan penguatan komunitas, karakteristik agen pelaksana, serta kondisi sosial, ekonomi dan politik.
- c. Model Grindle. Menurut Grindle terdapat dua variabel besar yang mempengaruhi kebijakan yaitu isi kebijakan dan lingkungan implementasi. Variabel isi kebijakan ini mencakup sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau *target groups* termuat dalam isi kebijakan, jenis manfaat yang diterima, sejauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan, apakah letak sebuah program sudah tepat, apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementasinya dengan rinci, serta apakah sebuah program didukung oleh sumber daya yang memadai. Sedangkan variabel lingkungan kebijakan mencakup seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan; karakteristik institusi dan pihak yang sedang berkuasa; serta tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran (Subarsono, 2005).

Pemerintah Indonesia telah mengembangkan berbagai kebijakan untuk menurunkan angka stunting melalui pendekatan multisektor. Strategi nasional penurunan stunting bertujuan untuk menurunkan prevalensi stunting secara signifikan melalui intervensi kesehatan, pendidikan, serta perbaikan sanitasi. Program penanggulangan stunting secara nasional mencakup intervensi spesifik

dan intervensi sensitif. Intervensi spesifik sebagai upaya menurunkan stunting meliputi suplementasi gizi ibu hamil, pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan tambahan, dan pemantauan pertumbuhan anak. Sedangkan intervensi sensitif sebagai upaya menurunkan stunting meliputi perbaikan sanitasi, penyediaan air bersih, dan pendidikan kesehatan keluarga. Penyakit Kronis atau penyakit tidak menular merupakan penyebab utama kematian di dunia. Faktor risiko utama meliputi gaya hidup tidak sehat dan perubahan pola hidup masyarakat. Upaya pemerintah dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit kronis meliputi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), Program Posbindu PTM atau penyakit tidak menular, dan Skrining kesehatan rutin. Program Nasional dalam pencegahan penyakit kronis dilakukan melalui edukasi Kesehatan, skrining tekanan darah, pemeriksaan gula darah, dan promosi aktivitas fisik.

Kebijakan Nasional Penurunan Stunting. Pemerintah Indonesia telah menetapkan percepatan penurunan stunting sebagai program prioritas nasional. Kebijakan ini melibatkan berbagai kementerian dan lembaga seperti: Kementerian Kesehatan, BKKBN, Kementerian Pendidikan, Kementerian Sosial, Kementerian PUPR. Program percepatan penurunan stunting meliputi intervensi gizi, peningkatan sanitasi, edukasi gizi, serta pemberdayaan keluarga. **Kebijakan Pengendalian Penyakit Kronis.** Pengendalian penyakit kronis dilakukan melalui berbagai program seperti: Program Indonesia Sehat, Posbindu PTM, Promosi gaya hidup sehat, Skrining kesehatan rutin. Upaya ini menekankan pendekatan promotif dan preventif dalam sistem pelayanan kesehatan. Pendekatan Kesehatan dalam Semua Kebijakan menekankan bahwa setiap kebijakan pembangunan harus mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat

3. Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan negara adalah penggunaan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan (Dunn, 1988 dalam Utama, 2004). Analisis kebijakan negara bidang kesehatan adalah penggunaan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan ditingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan kesehatan (Utama, 2004). Analisis kebijakan kesehatan awalnya adalah hasil pengembangan dari analisis kebijakan publik. Akibat dari semakin majunya ilmu pengetahuan dan kebutuhan akan

analisis kebijakan dalam bidang kesehatan itulah akhirnya bidang kajian analisis kebijakan kesehatan muncul (Vionalita, 2020).

Perkembangan studi kebijakan negara yang terjadi, maka berkembang pula istilah analisis kebijakan negara. Perkembangan istilah ini umumnya didasarkan kepada fokus analisis kebijakan negara yang berbeda beda atau dominannya suatu metode yang digunakan. Istilah lain yang dapat dikategorikan sebagai analisis kebijakan negara seperti (1) *Operation Research*, (2) *Applied System Analysis*, (3) *Systems Analysis*, (4) *Management Analysis*, (5) *Cost Benefit Analysis*, (6) *Linier Programing*, (7) *Cost Effectiveness Analysis*, (8) *Computer Simulation*, (9) *Decision Analysis*, dan (10) *Operational Gaming*.

Selain itu analisis kebijakan publik dapat dikembangkan dari pendekatan alternatif, seperti (1) Intuisi, berdasarkan petunjuk Tuhan atau pengalaman, (2) Coba-coba (*Trial and Error*), untuk memperoleh umpan balik, (3) Inkrimental, yang ditujukan untuk penambahan, atau mendukung kebijakan yang ada dengan memberikan masukan baru untuk pengambilan kebijakan yang bersambung (Utama, 2004).

a. Bentuk Analisis Kebijakan

Dunn (1988), Moekijat (1995), dan Wahab (1991) dalam Vionalita (2020) menguraikan beberapa bentuk analisis kebijakan yang lazim digunakan, yakni sebagai berikut:

- 1) Analisis Kebijakan Prospektif. Bentuk analisis ini berupa penciptaan dan pemindahan informasi sebelum tindakan kebijakan ditentukan dan dilaksanakan. Menurut Wiliam (1971), ciri analisis ini adalah:
 - a) Menggabungkan informasi dari berbagai alternatif yang tersedia, yang dapat dipilih dan dibandingkan.
 - b) Diramalkan secara kuantitatif dan kualitatif untuk pedoman pembuatan keputusan kebijakan.
 - c) Secara konseptual tidak termasuk pengumpulan informasi.
- 2) Analisis Kebijakan Restropektif. Bentuk analisis ini selaras dengan deskripsi penelitian, dengan tujuannya adalah penciptaan dan pemindahan informasi setelah tindakan kebijakan diambil. Beberapa analisis kebijakan restropektif adalah :
 - a) Analisis Berorientasi Disiplin, lebih terfokus pada pengembangan dan pengujian teori dasar dalam disiplin keilmuan, dan menjelaskan sebab akibat kebijakan. Contoh dalam upaya pencarian teori dan konsep kebutuhan serta kepuasan tenaga kesehatan di Indonesia, dapat memberi kontribusi pada pengembangan manajemen SDM original berciri Indonesia (kultural). Orientasi pada tujuan dan sasaran

kebijakan tidak terlalu dominan. Dengan demikian, jika ditetapkan untuk dasar kebijakan memerlukan kajian tambahan agar lebih operasional.

- b) Analisis Berorientasi Masalah, menitikberatkan pada aspek hubungan sebab akibat dari kebijakan, bersifat terapan, namun masih bersifat umum. Contoh dimana pendidikan dapat meningkatkan cakupan layanan kesehatan. Orientasi tujuan bersifat umum, namun dapat memberi variabel kebijakan yang mungkin dapat dimanipulasikan untuk mencapai tujuan dan sasaran khusus, seperti meningkatnya kualitas kesehatan gigi anak sekolah melalui peningkatan program UKS oleh puskesmas.
 - c) Analisis Berorientasi Penerapan, menjelaskan hubungan kausalitas, lebih tajam untuk mengidentifikasi tujuan dan sasaran dari kebijakan dan para pelakunya. Informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil kebijakan khusus, merumuskan masalah kebijakan, membangun alternatif kebijakan yang baru, dan mengarah pada pemecahan masalah praktis. Contohnya yakni analisis dapat memperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelayanan KIA di Puskesmas. Informasi yang diperoleh dapat digunakan sebagai dasar pemecahan masalah kebijakan KIA di puskesmas.
- 3) Analisis Kebijakan Terpadu. Bentuk analisis ini bersifat komprehensif dan berkesinambungan, menghasilkan dan memindahkan informasi gabungan baik sebelum maupun sesudah tindakan kebijakan dilakukan. Menggabungkan bentuk prospektif dan restropektif, serta secara tetap dalam menghasilkan informasi dari waktu ke waktu dan bersifat multidisipliner.

Bentuk analisis kebijakan di atas, menghasilkan jenis keputusan yang relatif berbeda yang bila ditinjau dari pendekatan teori keputusan (teori keputusan deskriptif dan normatif) maka dapat diuraikan sebagai berikut (Vionalita, 2020):

- 1) Teori Keputusan Deskriptif, bagian dari analisis retrospektif, mendeskripsikan tindakan dengan fokus menjelaskan hubungan kausal tindakan kebijakan, setelah kebijakan terjadi. Tujuan utama keputusan adalah memahami problem kebijakan, diarahkan pada pemecahan masalah, namun kurang pada usaha pemecahan masalah.
- 2) Teori Keputusan Normatif, memberi dasar untuk memperbaiki akibat

tindakan, menjadi bagian dari metode prospektif (peramalan atau rekomendasi), lebih ditujukan pada usaha pemecahan masalah yang bersifat praktis dan langsung.

b. Metodologi Analisis Kebijakan

Dunn (2000) dalam Vionalita (2020) menjelaskan tentang Metodologi Analisis Kebijakan dengan menggabungkan lima prosedur umum, yakni sebagai berikut:

- 1) Perumusan masalah (definisi) menghasilkan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah kebijakan.
- 2) Peramalan (prediksi) menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan relatif dari konsekuensi di masa mendatang dari penerapan alternatif kebijakan, termasuk tidak melakukan sesuatu.
- 3) Rekomendasi (preskripsi) menyediakan informasi mengenai nilai atau masalah.
- 4) Pemantauan (deskripsi) menghasilkan informasi tentang konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan.
- 5) Evaluasi, menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan dari konsekuensi pemecahan atau pengentasan masalah.

c. Peran dan Fungsi Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan kesehatan memiliki peran dan fungsi sebagai berikut (Vionalita, 2020) :

- 1) Adanya analisis kebijakan kesehatan akan memberikan keputusan yang fokus pada masalah yang akan diselesaikan.
- 2) Analisis kebijakan kesehatan mampu menganalisis multidisiplin ilmu. Satu disiplin kebijakan dan kedua disiplin ilmu kesehatan. Pada peran ini analisis kebijakan kesehatan menggabungkan keduanya yang kemudian menjadi sub kajian baru dalam khazanah keilmuan.
- 3) Adanya analisis kebijakan kesehatan, pemerintah mampu memberikan jenis tindakan kebijakan apakah yang tepat untuk menyelesaikan suatu masalah.
- 4) Memberikan kepastian dengan memberikan kebijakan yang sesuai atas suatu masalah yang awalnya tidak pasti.
- 5) Menelaah fakta-fakta yang muncul kemudian akibat dari produk kebijakan yang telah diputuskan/ diundangkan.

d. Pendekatan Analisis Kebijakan

Pendekatan yang dapat digunakan dalam analisis kebijakan dapat dijelaskan sebagai berikut (Dunn, 1988 dalam Vionalita, 2020) :

- 1) Pendekatan Empiris, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu apakah sesuatu itu ada (menyangkut fakta). Pendekatan ini lebih menekankan penjelasan sebab akibat dari kebijakan publik. Misalnya bahwa analisis dapat menjelaskan atau meramalkan pembelanjaan negara untuk kesehatan, pendidikan, transportasi dimana jenis informasi yang dihasilkan adalah penandaan.
- 2) Pendekatan Evaluatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu berkaitan dengan penentuan harga atau nilai (beberapa nilai sesuatu) dari beberapa kebijakan. Jenis informasi yang dihasilkan bersifat evaluatif. Misalnya setelah menerima informasi berbagai macam kebijakan KIA-KB, analis dapat mengevaluasi bermacam cara untuk mendistribusikan biaya, alat, atau obat-obatan menurut etika dan konsekuensinya.
- 3) Pendekatan Normatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu tindakan apa yang semestinya di lakukan. Pengusulan arah tindakan yang dapat memecahkan masalah problem kebijakan, merupakan inti pendekatan normatif dimana jenis informasi bersifat anjuran atau rekomendasi. Misalnya peningkatan pembayaran pasien puskesmas (dari Rp.300 menjadi Rp.1000) merupakan jawaban untuk mengatasi rendahnya kualitas pelayanan di puskesmas dimana peningkatan ini cenderung tidak memberatkan masyarakat.

C. Penutup

Kolaborasi lintas sektor merupakan pendekatan fundamental dalam penanggulangan masalah kesehatan masyarakat. Dengan melibatkan berbagai sektor dan pemangku kepentingan, pendekatan ini mampu mengatasi determinan kesehatan secara lebih komprehensif.

Keberhasilan kolaborasi lintas sektor sangat ditentukan oleh komitmen bersama, koordinasi yang efektif, serta dukungan kebijakan yang kuat. Oleh karena itu, penguatan kolaborasi lintas sektor menjadi kunci dalam mencapai pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

Kolaborasi lintas sektor merupakan salah satu strategi penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam praktik keperawatan komunitas, perawat memiliki peran penting dalam menjalin kerja sama dengan

berbagai sektor seperti pendidikan, pemerintahan, organisasi masyarakat, dan sektor lainnya.

Melalui kolaborasi lintas sektor, berbagai program kesehatan dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan mampu mengatasi masalah kesehatan masyarakat secara komprehensif. Kolaborasi lintas sektor merupakan pendekatan fundamental dalam penanggulangan masalah kesehatan masyarakat. Dengan melibatkan berbagai sektor dan pemangku kepentingan, pendekatan ini mampu mengatasi determinan kesehatan secara lebih komprehensif.

Keberhasilan kolaborasi lintas sektor sangat ditentukan oleh komitmen bersama, koordinasi yang efektif, serta dukungan kebijakan yang kuat. Oleh karena itu, penguatan kolaborasi lintas sektor menjadi kunci dalam mencapai pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

Implementasi kolaborasi lintas sektor merupakan langkah strategis dalam meningkatkan efektivitas penanggulangan masalah kesehatan. Keberhasilan implementasi sangat bergantung pada komitmen, koordinasi, serta sinergi antar pemangku kepentingan.

Kebijakan kesehatan merupakan komponen penting dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan berfungsi sebagai pedoman dalam perencanaan dan pelaksanaan berbagai program kesehatan. Proses perumusan kebijakan kesehatan melibatkan berbagai tahapan mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi kebijakan. Keberhasilan kebijakan kesehatan sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kondisi sosial, ekonomi, politik, serta dukungan masyarakat. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan harus dirancang secara komprehensif dan berbasis bukti agar dapat memberikan dampak yang optimal bagi masyarakat.

Pemerintah Indonesia telah menetapkan percepatan penurunan stunting sebagai program prioritas nasional. Kebijakan ini melibatkan berbagai kementerian dan lembaga seperti: Kementerian Kesehatan, BKKBN, Kementerian Pendidikan, Kementerian Sosial, Kementerian PUPR. Program percepatan penurunan stunting meliputi intervensi gizi, peningkatan sanitasi, edukasi gizi, serta pemberdayaan keluarga. Selanjutnya pengendalian penyakit kronis dilakukan melalui berbagai program seperti: Program Indonesia Sehat, Posbindu PTM, Promosi gaya hidup sehat, Skrining kesehatan rutin. Upaya ini menekankan pendekatan promotif dan preventif dalam sistem pelayanan kesehatan. Pendekatan Kesehatan dalam Semua Kebijakan menekankan bahwa setiap kebijakan pembangunan harus mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.

Referensi

- Allender, J., Rector, C., & Warner, K. (2019). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. Missouri: Elsevier.
- World Health Organization. (2020). *Community Health Nursing Guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Health in All Policies Framework*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman Kolaborasi Lintas Sektor*.
- Marmot, M. (2005). *Social Determinants of Health*.
- UNICEF. (2019). *Multi-sectoral Approaches to Nutrition*.
- Abdul Wahab Solichin. 1991. *Analisa Kebijakan-dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Buse, et al. 2005. *Making Health Policy, Understanding Public Health*. Open University Press McGraw – Hill House. Berkshire England, UK.
- Cassels A. 1995. *Health Sector Reform: Key Issues In Lessdeveloped Countries*. Journal of International Health Development 7(3): 329–49
- Dunn, William N. 1988. *Analisa Kebijaksanaan Publik: Kerangka Analisa dan Prosedur Perumusan Masalah*, diterjemahkan oleh Muhadjir Darwin. Yogyakarta: PT Hanindita Graha Widya.
- Dunn, William N. 2000. *Pengantar Analisa Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada Press.
- Green, J., & Thorogood, N. 1998. *Analysis of Health Policy*. London: A Sociological Approach Longman
- Howlett, Michael & Ramesh, M. 2003. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford University Press.
- Hunter DJ. 2005. *Choosing or Losing Health?*. Journal of Epidemiology and Community Health 59(12)(December 1): 1010–3
- Labonte R. 1998. *Healthy Public Policy and the World Trade Organization a Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks*. Health Promotion International 13(3): 245–56
- Moekijat. 1995. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Bandung : CV

Mandar Maju.

- Mohindra KS. 2007. *Healthy Public Policy in Poor Countries : Tackling Macro-Economic Policies*. Health Promotion International 22(2) (June 1): 163–9.
- Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Unusa. 2022. *Pentingnya Menerapkan Konsep Policy Cycle Dalam Pembuatan Kebijakan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Universitas Nahdatul Ulama Surabaya
- Utama, Surya. 2004. *Dasar–Dasar Analisis Kebijaksanaan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Vionalita, Gisely. 2020. *Modul Analisis Kebijakan Kesehatan (KAK 471)*. Universitas Esa Unggul.
- William, Walter, L. 1971. *Social Policy Analysis and Research*. New York : Elsevier.
- Winarno B. 2012. *Teori dan Proses Kebijakan*. Yogyakarta : Media Pressindo.
- Ayuningtyas, D. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Buse, K., Mays, N. and Walt, G. 2005. *Making Health Policy (online)*. Open University Press. Available at: <http://lib.myilibrary.com.ez.lshtm.ac.uk/Open.aspx?id=385220>.
- Cheema, Shabbir, G., Dennis A., Rondinelli. 1983. *Decentralization and Development Policy Implementation in Developing Countries*. Beverly Hills, CA: Sage Publication.
- Jay M Shafritz and E.W. Russel. 1997. *Introduction Public Administration*. New York: Longman.
- Kushel, M. and Bindman, A.B. 2004. 'Health care lobbying: time to make patients the special interest.', *The American journal of medicine*. United States, pp. 496–497. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.02.011>.
- Lembaga Administrasi Negara/LAN. 2012. *Pedoman Perumusan Kebijakan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Pusat Kajian Manajemen Kebijakan.
- Rondinelli, D.A., Nellis, J.R., Cheema, G., S. 1983. *Decentralization in Developing Countries, Encyclopedia of Public Administration and Public Policy, Second Edition (Print Version)*. Washington D.C: The World Bank.
- Available at: <https://doi.org/10.1201/noe1420052756.ch96>.
- Uta Lehmann. 2016. *Understanding and Analysing Health Policy*. South Africa.
- William N. Dunn. 2003. *Pengantar-Analisis-Kebijakan-Publik*. II. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

PROFIL PENULIS



(Dr. Etyca Sari S.Kep.Ns. M.Kes) Lahir di Kediri, 20 Oktober 1971. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Airlangga tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada prodi Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga dan lulus tahun pada tahun 2012. Setelah itu melanjutkan pendidikan S3 pada Prodi Doktorat Ilmu Kedokteran Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun

2023. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1991 bekerja di RS.William booth Surabaya, tahun 1992 bekerja di RS Catherine Booth Makasar, tahun 1990 bekerja di STIKES William Booth Surabaya hingga saat ini. Saat ini penulis bekerja di STIKES William Booth Surabaya mengampu mata kuliah Keperawatan Anak, Keperawatan gerontik, Konsep Dasar Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi jurnal nasional terindeksi sinta maupun internasional terindeks scopus, pembicara seminar nasional maupun internasional, penguji osche AIPNI serta mendapatkan hibah penelitian maupun pengabdian masyarakat dari kemnristekdikti. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ethyca.sari@yahoo.com

Motto: *"Success begins with self-belief"*

PROFIL PENULIS



(Ns Flora Sijabat S.Kep., MNS). Lahir di Bukit Tinggi, 08 September 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 Keperawatan di AKPER Sari Mutiara Medan tahun lulus 1999. Melanjutkan S1 Keperawatan pada Program Studi Keperawatan di STIKes Sari Mutiara Indonesia lulus tahun 2004. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Kasetsart University Bangkok, Thailand dan lulus pada tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1999-2004 bekerja di RSU Sari Mutiara. Pada tahun 2015-2024 bekerja di Universitas Sari Mutiara Indonesia sebagai Ketua program studi D3 Keperawatan. Tahun 2024- saat ini bekerja sebagai wakil dekan di Fakultas Pendidikan Vokasi Universitas Sari Mutiara Indonesia. Saat ini penulis bekerja di Universitas Sari Mutiara Indonesia mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga, dan Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Anak. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai pembicara dalam seminar nasional / International, dan publikasi, Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: florasijabat316@gmail.com

Motto: "Dream big, work hard."

PROFIL PENULIS



Siti Solihat Holida, S.Kp., M.M. lahir di Bandung pada 28 Juli 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh diawali pada jenjang Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Otten Bandung dan lulus pada tahun 1995. Selanjutnya, penulis melanjutkan pendidikan Sarjana (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2001. Kemudian penulis menempuh pendidikan Magister Manajemen Pendidikan di Universitas Winaya Mukti

dan lulus pada tahun 2016. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Jenderal Achmad Yani Bandung dengan peminatan Keperawatan Komunitas.

Riwayat pekerjaan penulis diawali pada tahun 1995–1996 sebagai perawat di Rumah Sakit Bina Sehat yang berlokasi di Dayeuhkolot, Bandung Selatan. Selanjutnya, pada tahun 1996–2008 penulis berkiprah sebagai dosen di Akademi Keperawatan Bidara Mukti Kota Bandung. Sejak tahun 2008 hingga saat ini, penulis aktif sebagai dosen di Universitas Bale Bandung, Fakultas Ilmu Kesehatan.

Dalam menjalankan tugas akademik, penulis mengampu beberapa mata kuliah, antara lain Keperawatan Dasar, Keperawatan Keluarga, dan Keperawatan Komunitas. Selain itu, penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi, meliputi penulisan buku, publikasi ilmiah, seminar, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

Penulis dapat dihubungi melalui surat elektronik: ssolihat044@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Dr. Rahmad Gurusinga, S.Kep., Ns., M.Kep

Adalah seorang akademisi dan praktisi di bidang keperawatan yang memiliki perhatian besar terhadap isu-isu kesehatan Masyarakat, khususnya dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan berbasis komunitas dan keluarga. Penulis lahir di Medan, 11 Oktober 1985, telah menikah, dan dikaruniai sepasang anak yang menjadi sumber inspirasi dan semangat dalam menjalankan pengabdian di dunia Pendidikan dan kesehatan. Penulis menempuh pendidikan tinggi pada jenjang Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Deli Husada Deli Tua, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan (S2) di Universitas Sumatera Utara dan menyelesaikan pendidikan Doktor (S3) pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang. Saat ini, penulis menjabat sebagai Rektor di Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam dan memiliki jabatan akademik Lektor Kepala. Dalam kiprahnya sebagai pendidik dan pemimpin, penulis mengampu beberapa mata kuliah, antara lain Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Keperawatan Komunitas, Metodologi Penelitian, dan Keperawatan Gerontik. Selain kegiatan pengajaran, penulis juga aktif dalam pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi yang meliputi pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Berbagai karya ilmiah telah dihasilkan dalam bentuk buku, artikel publikasi ilmiah, serta keikutsertaan dalam seminar dan kegiatan akademik lainnya.

Melalui karya-karya yang dihasilkan, penulis berkomitmen untuk terus berkontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan dan memperkuat sistem layanan kesehatan di Indonesia dengan harapan dapat mencetak tenaga kesehatan yang unggul, professional dan berdedikasi tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui alamat e-mail: rahmad.gurusinga@gmail.com.

Motto: "Empowering families for a healthier future."

PROFIL PENULIS



Nama lengkap: Ns. Riyanto, M.Kep., Sp.Kom.

Lahir di Wonogiri, tanggal 03 September 1962

Pendidikan S1: Program Studi Ilmu Keperawatan FKUI

Pendidikan S2: Magister Keperawatan, Spesialis Keperawatan
Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Mulai mengawali karir sebagai dosen di Akademi Keperawatan Dep Kes RI Jakarta, Jl. Kimia, 17 Jakarta Pusat, pada bulan Maret 1986 sampai tahun 2005. Selanjutnya mulai tahun 2005 menjadi bagian dari jajaran manajemen di Kantor Kementerian Kesehatan RI sebagai Kepala seksi pelayanan Keperawatan Keluarga, Kemudian menjadi Kepala seksi Pelayanan keperawatan Dasar dan Plh. KaSubDit Pelayanan Keperawatan Dasar Direktorat Keperawatan Kementerian Kesehatan RI. Pada tahun 2016 ditugaskan di Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Jakarta sebagai Kepala Subdit Pendidikan dan Pelatihan. Pada tahun 2020 kembali bertugas sebagai Fungsional dosen di Prodi Keperawatan Bogor, Poltekkes Kemenkes Bandung, khususnya substansi bidang keilmuan dan Praktik Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik. Penulis aktif melakukan darma Perguruan tinggi lainnya mencakup Penelitian dan pengembangan maupun Pengabdian Masyarakat di bidang Keperawatan Komunitas serta aktif berkontribusi dalam Organisasi Profesi Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Pusat, sejak tahun 2006 sampai dengan 2016 sebagai Ketua Umum dan dilanjutkan sampai sekarang sebagai Pengurus Aktif.

Sinopsis

Buku Referensi **“Keperawatan Komunitas Berbasis Keluarga dalam Penanggulangan Stunting dan Penyakit Kronis”** membahas peran penting keperawatan komunitas dalam menghadapi masalah kesehatan masyarakat, khususnya stunting dan penyakit kronis. Buku ini diawali dengan pembahasan mengenai epidemiologi stunting dan penyakit tidak menular di Indonesia, meliputi konsep dasar epidemiologi, prevalensi dan tren stunting, determinan yang memengaruhi kejadian stunting, serta perkembangan penyakit tidak menular. Pembaca juga diajak memahami hubungan antara stunting dan penyakit tidak menular sebagai bentuk *double burden* yang berdampak luas terhadap kualitas kesehatan masyarakat.

Selanjutnya, buku ini menguraikan asuhan keperawatan keluarga pada risiko stunting, termasuk dampak risiko stunting, peran perawat, peran keluarga, konsep dasar risiko stunting, serta penerapan asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga. Pembahasan kemudian dilanjutkan dengan manajemen penyakit kronis berbasis rumah, yang mencakup konsep penyakit kronis, peran keluarga dalam perawatan, manajemen diri pasien, edukasi kesehatan berbasis rumah, monitoring dan evaluasi kondisi pasien, kepatuhan terapi, serta strategi intervensi yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas. Materi ini memberikan gambaran bahwa rumah dan keluarga merupakan lingkungan utama dalam mendukung keberhasilan pencegahan maupun pengelolaan masalah kesehatan jangka panjang.

Buku ini juga menekankan pentingnya edukasi dan pemberdayaan keluarga sebagai strategi utama dalam penanggulangan stunting dan penyakit kronis di komunitas. Pembahasan mencakup konsep edukasi keluarga, model pemberdayaan keluarga, peran perawat komunitas, faktor keberhasilan, hambatan, serta dampak pemberdayaan terhadap peningkatan kesehatan keluarga. Pada bagian akhir, buku ini mengulas kolaborasi lintas sektor dan kebijakan kesehatan sebagai fondasi penting dalam memperkuat program kesehatan masyarakat. Dengan cakupan yang sistematis dan aplikatif, buku ini relevan bagi mahasiswa keperawatan, dosen, perawat komunitas, tenaga kesehatan, peneliti, serta pemangku kebijakan yang berperan dalam peningkatan kesehatan keluarga dan masyarakat Indonesia.

Buku Referensi “Keperawatan Komunitas Berbasis Keluarga dalam Penanggulangan Stunting dan Penyakit Kronis” membahas peran penting keperawatan komunitas dalam menghadapi masalah kesehatan masyarakat, khususnya stunting dan penyakit kronis. Buku ini diawali dengan pembahasan mengenai epidemiologi stunting dan penyakit tidak menular di Indonesia, meliputi konsep dasar epidemiologi, prevalensi dan tren stunting, determinan yang memengaruhi kejadian stunting, serta perkembangan penyakit tidak menular. Pembaca juga diajak memahami hubungan antara stunting dan penyakit tidak menular sebagai bentuk double burden yang berdampak luas terhadap kualitas kesehatan masyarakat.

Selanjutnya, buku ini menguraikan asuhan keperawatan keluarga pada risiko stunting, termasuk dampak risiko stunting, peran perawat, peran keluarga, konsep dasar risiko stunting, serta penerapan asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga. Pembahasan kemudian dilanjutkan dengan manajemen penyakit kronis berbasis rumah, yang mencakup konsep penyakit kronis, peran keluarga dalam perawatan, manajemen diri pasien, edukasi kesehatan berbasis rumah, monitoring dan evaluasi kondisi pasien, kepatuhan terapi, serta strategi intervensi yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas. Materi ini memberikan gambaran bahwa rumah dan keluarga merupakan lingkungan utama dalam mendukung keberhasilan pencegahan maupun pengelolaan masalah kesehatan jangka panjang.

Buku ini juga menekankan pentingnya edukasi dan pemberdayaan keluarga sebagai strategi utama dalam penanggulangan stunting dan penyakit kronis di komunitas. Pembahasan mencakup konsep edukasi keluarga, model pemberdayaan keluarga, peran perawat komunitas, faktor keberhasilan, hambatan, serta dampak pemberdayaan terhadap peningkatan kesehatan keluarga. Pada bagian akhir, buku ini mengulas kolaborasi lintas sektor dan kebijakan kesehatan sebagai fondasi penting dalam memperkuat program kesehatan masyarakat. Dengan cakupan yang sistematis dan aplikatif, buku ini relevan bagi mahasiswa keperawatan, dosen, perawat komunitas, tenaga kesehatan, peneliti, serta pemangku kebijakan yang berperan dalam peningkatan kesehatan keluarga dan masyarakat Indonesia.

Penerbit:

PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88 RT. 001 RW. 005

Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta, 11620

ISBN 978-634-7756-26-8 (PDF)



9

786347

756268

