

Bunga Rampai

KESEHATAN KOMUNITAS DAN PENCEGAHAN PENYAKIT

PENDEKATAN LINTAS PROFESI UNTUK MASYARAKAT INDONESIA YANG LEBIH SEHAT

Ana Rofika • Suci Hardianti • Meira Erawati • Anita Dewi Prahastuti Sujoso
I Gusti Agung Ari Widarti • Musripah • Ardila Lailatul Barik
Siti Solihat Holida • Wittin Khairani

Editor : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan



BUNGA RAMPAI KESEHATAN KOMUNITAS DAN PENCEGAHAN PENYAKIT: PENDEKATAN LINTAS PROFESI UNTUK MASYARAKAT INDONESIA YANG LEBIH SEHAT

Penulis:

Ana Rofika, S.S.T., M.Kes., M.Keb.
Ns. Suci Hardianti, S.Kep., M.Kep.
Dr. Meira Erawati, S.Kep., Ns., M.Si.Med.
Dr. Anita Dewi Prahastuti Sujoso, S.KM., M.Sc.
I Gusti Agung Ari Widarti, DCN., M.Kes.
Ns. Musripah. M.Kep., Sp.Kep.K.
Ardila Lailatul Barik, S.Kep., Ns., M.Kep.
Siti Solihat Holida, S.Kp., MM., M.Kep.
Wittin Khairani, S.Pd., MPH.

Editor:

Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.



Bunga Rampai Kesehatan Komunitas dan Pencegahan Penyakit: Pendekatan Lintas Profesi untuk Masyarakat Indonesia yang Lebih Sehat

Penulis:

Ana Rofika, S.S.T., M.Kes., M.Keb.
Ns. Suci Hardianti, S.Kep., M.Kep.
Dr. Meira Erawati, S.Kep., Ns., M.Si.Med.
Dr. Anita Dewi Prahastuti Sujoso, S.KM., M.Sc.
I Gusti Agung Ari Widarti, DCN., M.Kes.
Ns. Musripah. M.Kep., Sp.Kep.K.
Ardila Lailatul Barik, S.Kep., Ns., M.Kep.
Siti Solihat Holida, S.Kp., MM., M.Kep.
Wittin Khairani, S.Pd., MPH.

Editor:

Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Muhamad Ilham

ISBN: 978-634-7556-58-5

Cetakan Pertama: Februari, 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

Buku **Bunga Rampai Kesehatan Komunitas dan Pencegahan Penyakit: Pendekatan Lintas Profesi untuk Masyarakat Indonesia yang Lebih Sehat** disusun untuk memperkuat pemahaman dan praktik kesehatan komunitas yang berorientasi promotif–preventif. Tantangan kesehatan di Indonesia tidak hanya dipengaruhi faktor biologis, tetapi juga determinan sosial, perilaku, lingkungan, serta kapasitas layanan di tingkat keluarga dan komunitas. Oleh karena itu, dibutuhkan pendekatan lintas profesi yang kolaboratif agar intervensi kesehatan lebih tepat sasaran, berkelanjutan, dan mampu menjangkau kelompok rentan.

Isi buku disusun runtut sesuai daftar isi. **Chapter 1** mengawali dengan analisis determinan sosial kesehatan dan implikasinya bagi pelayanan komunitas, termasuk strategi intervensi berbasis komunitas dan pendekatan lintas profesi. **Chapter 2** memperdalam peran bidan, perawat, apoteker, dan ahli gizi dalam pelaksanaan **PIS-PK**, dilengkapi analisis 12 indikator keluarga sehat, studi kasus, serta strategi tindak lanjut dan evaluasi. Aspek pencegahan penyakit dibahas melalui **Chapter 3** (imunisasi, TBC, HIV, dan zoonosis) serta **Chapter 4** (pencegahan PTM berbasis Posyandu, Posbindu, dan UKBM). Penguatan pencegahan melalui gizi dan lingkungan dipaparkan pada **Chapter 5** tentang gizi masyarakat untuk mencegah stunting dan obesitas, serta **Chapter 6** mengenai manajemen kesehatan lingkungan—sanitasi, air bersih, dan higiene rumah tangga.

Selanjutnya, buku ini menekankan kelompok sasaran dan penguatan komunikasi–pemberdayaan. **Chapter 7** membahas perawatan berbasis komunitas bagi lansia dan penyandang kebutuhan khusus. **Chapter 8** menguraikan komunikasi kesehatan dan edukasi masyarakat melalui media sosial, termasuk strategi, etika, dan praktik baik. Sebagai penutup, **Chapter 9** menegaskan pentingnya pemberdayaan kader kesehatan dan kolaborasi interprofesi dalam intervensi komunitas. Kami menyampaikan terima kasih kepada seluruh penulis dan pihak yang mendukung penyusunan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, kader, dan pengelola program sebagai referensi sekaligus panduan praktis dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang lebih sehat. Kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk penyempurnaan ke depan.

Editor

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

CHAPTER 1 ANALISIS DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN DAN IMPLIKASINYA BAGI PELAYANAN KOMUNITAS 1

Ana Rofika, S.S.T., M.Kes., M.Keb.	1
A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Kerangka Teoritis Determinan Sosial Kesehatan	2
C. Klasifikasi Determinan Sosial Kesehatan.....	4
D. Determinan Sosial Kesehatan dalam Konteks Masyarakat Indonesia.....	6
E. Dampak Determinan Sosial Kesehatan terhadap Status Kesehatan Komunitas.....	7
F. Implikasi Determinan Sosial Kesehatan bagi Pelayanan Kesehatan Komunitas.....	9
G. Pendekatan Lintas Profesi dalam Mengatasi Sosial Kesehatan.....	12
H. Strategi dan Intervensi Berbasis Komunitas	14
I. Simpulan.....	16
J. Referensi.....	17
K. Glosarium.....	19

CHAPTER 2 PERAN BIDAN, PERAWAT, APOTEKER, DAN AHLI GIZI DALAM PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK).....21

Ns. Suci Hardianti, S.Kep., M.Kep.	21
A. Pendahuluan	21
B. Analisis Mendalam 12 indikator Keluarga Sehat (PIS-PK)	22
C. Profil dan Peran Spesifik Tenaga Kesehatan	24
D. Kolaborasi interprofesional (<i>Interprofessional Collaboration</i>).....	27
E. Studi Kasus: Penangan Integratif Balita Stunting dan Ibu Hipertensi.....	28
F. Tantangan dan strategi Implementasi.....	28
G. Strategi intervensi Lanjut (<i>Follow-Up</i>).....	29
H. Kemandirian kesehatan keluarga	29
I. Keberlanjutan melalui " <i>Self-Monitoring</i> " Keluarga.....	29

J. Monitoring, Evaluasi dan Masa Depan PISPK	30
K. Referensi.....	31
L. Glosarium.....	32

CHAPTER 3 PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR: IMUNISASI, TUBERKULOSIS, HIV, DAN PENYAKIT ZONOSIS33

Dr. Meira Erawati, S.Kep., Ns., M.Si.Med.33

A. Pendahuluan/Prolog	33
B. Imunisasi.....	35
C. Penyakit Menular	37
D. Tuberkulosis (TBC)	39
E. HIV	42
F. Penyakit Zoonosis.....	47
G. Referensi.....	49
H. Glosarium.....	55

CHAPTER 4 PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR BERBASIS POSYANDU, POSBINDU DAN UKBM59

Anita Dewi Prahastuti SujosoError! Bookmark not defined.

A. Pendahuluan.....	59
B. Pendekatan Promotif dan Preventif dalam Pencegahan Penyakit Tidak Menular.....	61
C. Strategi Pencegahan PTM Berbasis Posyandu	63
D. Konsep dan Implementasi Posbindu PTM	64
E. Pemberdayaan Masyarakat dalam UKBM	68
F. Simpulan.....	70
G. Referensi.....	71

CHAPTER 5 GIZI MASYARAKAT SEBAGAI KUNCI PENCEGAHAN STUNTING DAN OBESITAS73

I Gusti Agung Ari Widarti, DCN., M.Kes.73

A. Pendahuluan/Prolog	73
B. Masalah Stunting dan Obesitas di Indonesia	74
C. Faktor Risiko Stunting dan Obesitas	75
D. Implementasi Program Gizi Masyarakat.....	77
E. Simpulan.....	80
F. Referensi.....	81
G. Glosarium.....	82

**CHAPTER 6 MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN LINGKUNGAN:
SANITASI, AIR BERSIH, DAN HIGIENE RUMAH TANGGA83**

Ns. Musripah. M.,Kep Sp.Kep.K.....Error! Bookmark not defined.

A. Pendahuluan.....	83
B. Sanitasi.....	85
C. Air Bersih	86
D. Higiene Rumah Tangga	89
E. Monitoring, Evaluasi, Dan Indikator Keberhasilan Program.....	92
F. Simpulan.....	92
G. Referensi.....	93
H. Glosarium.....	94

**CHAPTER 7 PERAWATAN BERBASIS KOMUNITAS UNTUK LANSIA DAN
PENDERITA KEBUTUHAN KHUSUS95**

Ardila Lailatul Barik, S.Kep., Ns., M.Kep.....95

A. Pendahuluan.....	95
B. Lansia.....	96
C. Permasalahan pada Lansia.....	97
D. Perawatan berbasis Komunitas pada Lansia	98
E. Penderita Berkebutuhan Khusus	107
F. Jenis-jenis penderita berkebutuhan khusus.....	108
G. Permasalahan pada Penderita Berkebutuhan Khusus	109
H. Perawatan berbasis Komunitas pada penderita berkebutuhan khusus	110
I. Referensi.....	112
J. Glosarium.....	113

**CHAPTER 8 KOMUNIKASI KESEHATAN DAN EDUKASI MASYARAKAT
MELALUI MEDIA SOSIAL115**

Siti Solihat Holida, S.Kp., MM., M.Kep.115

A. Pendahuluan.....	115
B. Konsep Dasar Komunikasi Kesehatan.....	117
C. Media Sosial sebagai Sarana Edukasi Kesehatan	130
D. Strategi Edukasi Masyarakat melalui Media Sosial.....	138
E. Teori dan Model yang Mendukung Komunikasi Kesehatan Digital	142
F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Edukasi Digital.....	145
G. Tantangan dan Etika Komunikasi Kesehatan di Media Sosial.....	148
H. Studi Kasus / Praktik Baik (Best Practice).....	151

I. Implikasi bagi Keperawatan Komunitas dan Keluarga	152
J. Simpulan.....	154
K. Referensi.....	155
L. Glosarium.....	160

**CHAPTER 9 PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN DAN KOLABORASI
INTERPROFESI DALAM INTERVENSI KOMUNITAS163**

Wittin Khairani,S.Pd., MPH.....163

A. Pendahuluan.....	163
B. Konsep Pemberdayaan Kader Kesehatan.....	164
C. Konsep Kolaborasi Interprofesi	170
D. Intervensi Komunikasi.....	172
E. Penutup	175
F. Referensi.....	177
G. Glosarium.....	181

PROFIL PENULIS183

CHAPTER 1

ANALISIS DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN DAN IMPLIKASINYA BAGI PELAYANAN KOMUNITAS

Ana Rofika, S.S.T., M.Kes., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

World Health Organization menegaskan bahwa kesehatan individu dan masyarakat sangat dipengaruhi oleh determinan sosial kesehatan, yaitu kondisi sosial, ekonomi, politik, dan lingkungan yang membentuk kehidupan sehari-hari seseorang (World Health Organization, 2025a). Faktor-faktor seperti tingkat pendidikan, pendapatan, pekerjaan, perumahan, dan lingkungan fisik terbukti memiliki kontribusi yang lebih besar terhadap status kesehatan dibandingkan pelayanan kesehatan itu sendiri. Oleh karena itu, pendekatan kesehatan masyarakat modern menempatkan determinan sosial kesehatan sebagai komponen utama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan dan pengurangan ketimpangan kesehatan antar kelompok populasi (World Health Organization, 2025a).

Ketimpangan determinan sosial kesehatan berkontribusi signifikan terhadap perbedaan status kesehatan yang dapat dicegah dan tidak adil, yang dikenal sebagai ketidakadilan kesehatan (*health inequity*). Laporan global menunjukkan bahwa kelompok masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah memiliki risiko lebih tinggi terhadap penyakit menular, penyakit tidak menular, serta kematian dini. Ketimpangan ini diperkuat oleh distribusi sumber daya dan akses pelayanan kesehatan yang tidak merata, sehingga memperbesar kesenjangan kesehatan antar wilayah dan kelompok sosial (Marmot & Allen, 2024; World Health Organization, 2019).

Dalam konteks Indonesia, determinan sosial kesehatan berperan penting dalam berbagai permasalahan kesehatan masyarakat. Data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) menunjukkan bahwa prevalensi stunting nasional masih mencapai 21,5% pada tahun 2023, dengan angka yang lebih tinggi pada kelompok masyarakat berpendapatan rendah dan wilayah tertinggal. Kondisi ini berkaitan erat dengan faktor pendidikan orang tua, kemiskinan, akses sanitasi layak dan ketahanan pangan rumah tangga, yang merupakan bagian dari determinan sosial kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023, 2024).

Selain masalah gizi, determinan sosial kesehatan juga berkontribusi terhadap meningkatnya beban penyakit tidak menular di Indonesia. Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥ 18 tahun mencapai lebih dari 34%, dengan kecenderungan lebih tinggi pada kelompok dengan tingkat pendidikan rendah dan status ekonomi menengah ke bawah. Faktor lingkungan kerja, gaya hidup, dan stres sosial menjadi determinan penting yang memengaruhi pola penyakit tersebut di tingkat komunitas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Pelayanan kesehatan komunitas memiliki peran strategis dalam merespons pengaruh determinan sosial kesehatan karena berorientasi pada pendekatan promotif dan preventif berbasis kebutuhan masyarakat. Pendekatan ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk memahami konteks sosial, budaya dan lingkungan masyarakat secara komprehensif, sehingga intervensi yang dirancang tidak hanya bersifat klinis tetapi juga menyentuh akar permasalahan sosial. Penguatan kolaborasi lintas profesi menjadi kunci dalam mengatasi determinan sosial kesehatan secara berkelanjutan, mengingat kompleksitas masalah kesehatan komunitas tidak dapat diselesaikan oleh satu profesi atau sektor saja (Frenk et al., 2017).

B. Kerangka Teoritis Determinan Sosial Kesehatan

Kerangka teoritis determinan sosial kesehatan membahas *bagaimana dan mengapa* faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan memengaruhi keadaan kesehatan individu dan komunitas secara sistematis. Teori ini menegaskan bahwa kondisi sosial masyarakat tidak hanya memengaruhi tingkat penyakit, tetapi juga struktur ketidakadilan dalam distribusi peluang hidup sehat (World Health Organization, 2025). Konsep ini memindahkan fokus kajian dari penanganan penyakit semata menuju pencegahan dan pengurangan disparitas kesehatan melalui pendekatan lintas sektor yang komprehensif.

1. Model Eko-Sosial Determinan Kesehatan

Salah satu model paling terkenal dalam kajian determinan sosial kesehatan adalah *Model Pelangi* atau *Rainbow Model* yang dikemukakan oleh Dahlgren dan Whitehead. Dalam model ini, determinan kesehatan digambarkan sebagai lapisan-lapisan yang saling berkaitan, mulai dari karakteristik individu sampai kondisi umum sosial dan lingkungan yang lebih luas. Lapisan paling dalam adalah faktor biologis tidak dapat diubah seperti usia dan genetika, diikuti oleh gaya hidup individu, jejaring sosial dan komunitas, kondisi hidup dan kerja, serta faktor makro seperti struktur sosial-ekonomi, kebijakan publik, dan kondisi lingkungan (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Lapisan pertama mencakup faktor biologis yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, dan faktor genetik. Lapisan berikutnya meliputi gaya hidup individu, seperti pola makan, aktivitas fisik, dan perilaku kesehatan. Lapisan selanjutnya mencakup jejaring sosial dan komunitas yang berpengaruh terhadap dukungan sosial dan kesehatan mental. Di lapisan yang lebih luar terdapat kondisi hidup dan kerja, termasuk pendidikan, pekerjaan, perumahan, sanitasi, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Lapisan terluar adalah kondisi sosial, ekonomi, budaya dan lingkungan secara umum yang sangat dipengaruhi oleh kebijakan publik dan sistem sosial suatu negara (Dahlgren & Whitehead, 2021).

2. Kerangka Konseptual WHO tentang Determinan Sosial Kesehatan

WHO melalui *Commission on Social Determinants of Health* mengembangkan kerangka konseptual yang membagi determinan sosial kesehatan menjadi determinan struktural dan determinan perantara (*intermediary determinants*). Determinan struktural mencakup konteks sosial, ekonomi, dan politik yang membentuk stratifikasi sosial dalam masyarakat, seperti kebijakan publik, sistem pemerintahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan distribusi pendapatan (Solar & Irwin, 2010). Stratifikasi sosial tersebut selanjutnya memengaruhi determinan perantara, yaitu kondisi material dan psikososial yang berdampak langsung pada kesehatan, seperti kondisi tempat tinggal, lingkungan kerja, stres, perilaku kesehatan, serta akses dan kualitas pelayanan kesehatan (Solar & Irwin, 2010).

Dalam kerangka ini, ketimpangan kesehatan dipahami sebagai hasil dari ketimpangan sosial yang sistemik dan berkelanjutan. Kerangka WHO menekankan bahwa upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat harus difokuskan pada perubahan kebijakan dan sistem sosial yang adil, bukan hanya pada layanan kuratif, sehingga dapat mengurangi kesenjangan kesehatan secara berkelanjutan (World Health Organization, 2025a).

3. Pendekatan Multilevel dalam Determinan Sosial Kesehatan

Pendekatan multi-level menempatkan determinan sosial kesehatan pada berbagai tingkat pengaruh, mulai dari individu, keluarga, komunitas, hingga struktur sosial yang lebih luas. Pendekatan ini memandang bahwa faktor-faktor seperti dukungan keluarga, kohesi sosial komunitas, lingkungan fisik, budaya, serta kebijakan publik saling berinteraksi dalam menentukan status kesehatan masyarakat (Solar & Irwin, 2010). Pendekatan ini banyak digunakan dalam penelitian dan praktik kesehatan masyarakat karena mampu menjelaskan

kompleksitas hubungan antara faktor sosial dan kesehatan. Intervensi berbasis pendekatan multi-level dinilai lebih efektif karena tidak hanya menargetkan perubahan perilaku individu, tetapi juga menciptakan lingkungan sosial yang mendukung perilaku hidup sehat (World Health Organization, 2025a).

C. Klasifikasi Determinan Sosial Kesehatan

Determinasi sosial kesehatan dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok utama yang saling berkaitan dan membentuk kondisi kesehatan individu maupun masyarakat secara komprehensif. WHO mengklasifikasikan determinan sosial kesehatan berdasarkan tingkat pengaruhnya terhadap ketimpangan kesehatan, yaitu determinan struktural dan determinan perantara, yang kemudian dapat dijabarkan lebih lanjut dalam aspek ekonomi, pendidikan, lingkungan, sosial, dan sistem pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2025a).

1. Determinan Struktural

Determinan struktural merupakan faktor-faktor mendasar yang membentuk posisi sosial individu dalam masyarakat. Faktor ini mencakup sistem politik, kebijakan publik, tata kelola pemerintahan, serta sistem ekonomi yang menentukan distribusi sumber daya dan peluang dalam masyarakat (Solar & Irwin, 2010).

Stratifikasi sosial yang dihasilkan dari determinan struktural, seperti tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, jenis kelamin, dan kelompok etnis, berpengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap akses terhadap pelayanan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat. Ketimpangan pada determinan struktural sering kali menjadi akar penyebab terjadinya kesenjangan kesehatan antar kelompok sosial (Marmot et al., 2020).

2. Determinan Perantara (*Intermediary Determinants*)

Determinan perantara merupakan faktor-faktor yang secara langsung memengaruhi status kesehatan individu sebagai akibat dari posisi sosial yang dimilikinya. Determinan ini meliputi kondisi material, lingkungan fisik, faktor psikososial, perilaku kesehatan, serta sistem pelayanan kesehatan (Solar & Irwin, 2010).

Kondisi material seperti kualitas perumahan, sanitasi, ketersediaan air bersih, dan keamanan lingkungan memiliki pengaruh signifikan terhadap risiko penyakit menular maupun tidak menular. Lingkungan tempat tinggal yang tidak layak meningkatkan risiko infeksi, penyakit pernapasan, dan masalah gizi, terutama pada kelompok rentan seperti ibu dan anak (World Health Organization, 2025a).

3. Determinan Ekonomi

Determinasi ekonomi mencakup tingkat pendapatan, stabilitas pekerjaan, dan jaminan sosial yang dimiliki individu atau keluarga. Pendapatan yang rendah berkaitan erat dengan keterbatasan akses terhadap pangan bergizi, pendidikan berkualitas, dan layanan kesehatan yang memadai (Marmot et al., 2020). Berbagai studi menunjukkan bahwa kelompok masyarakat dengan status ekonomi rendah memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit kronis, gangguan kesehatan mental, serta angka kesakitan dan kematian yang lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan status ekonomi lebih (Frenk et al., 2017).

4. Determinan Pendidikan

Pendidikan merupakan determinan sosial kesehatan yang sangat berpengaruh dalam membentuk pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan seseorang. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi berhubungan dengan kemampuan individu dalam mengakses informasi kesehatan, membuat keputusan kesehatan yang tepat, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan secara optimal (World Health Organization, 2025b). Rendahnya tingkat pendidikan sering dikaitkan dengan perilaku berisiko, rendahnya literasi kesehatan, serta keterlambatan dalam mencari pelayanan kesehatan, yang pada akhirnya berdampak pada status kesehatan individu dan keluarga (World Health Organization, 2025b).

5. Determinan Lingkungan Fisik dan Sosial

Lingkungan fisik dan sosial mencakup kondisi tempat tinggal, kualitas udara dan air, ketersediaan ruang terbuka, serta keamanan lingkungan. Selain itu, lingkungan sosial seperti dukungan keluarga, kohesi sosial, dan norma budaya turut memengaruhi kesehatan fisik dan mental Masyarakat (Dahlgren & Whitehead, 2021). Lingkungan sosial yang suportif terbukti dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis dan menurunkan risiko stres kronis, depresi, serta penyakit tidak menular. Sebaliknya, lingkungan sosial yang tidak aman dan penuh tekanan dapat memperburuk kondisi kesehatan masyarakat (Marmot et al., 2020).

6. Determinan Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan merupakan determinan penting yang memediasi pengaruh faktor sosial terhadap status kesehatan. Aksesibilitas, keterjangkauan, kualitas layanan, dan kontinuitas pelayanan kesehatan menentukan sejauh mana individu dapat memperoleh layanan promotif,

preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara optimal (World Health Organization, 2022). Pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang responsif terhadap determinan sosial kesehatan dinilai lebih efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, terutama bila didukung oleh kolaborasi lintas sektor dan pendekatan berbasis kebutuhan local (World Health Organization, 2025a).

D. Determinan Sosial Kesehatan dalam Konteks Masyarakat Indonesia

Determinasi sosial kesehatan di Indonesia dipengaruhi oleh karakteristik geografis, demografis, sosial budaya, serta ketimpangan pembangunan antarwilayah. Indonesia sebagai negara kepulauan dengan lebih dari 17.000 pulau menghadapi tantangan akses terhadap pendidikan, pelayanan kesehatan dan infrastruktur dasar yang tidak merata, terutama di wilayah tertinggal, terdepan dan terluar (3T). Kondisi ini berkontribusi terhadap perbedaan signifikan dalam status kesehatan antarprovinsi dan kelompok sosial (World Health Organization, 2022).

Ketimpangan sosial ekonomi tetap menjadi *determinant* utama yang memengaruhi kesehatan masyarakat di Indonesia. Meskipun terdapat penurunan angka kemiskinan dalam beberapa tahun terakhir, kesenjangan akses kesehatan, kualitas gizi, dan risiko penyakit masih tinggi di kelompok berstatus ekonomi rendah. Data terbaru Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan penurunan tingkat kemiskinan nasional menjadi 8,47 % pada Maret 2025, dibandingkan dengan 8,57 % pada September 2024, mencerminkan tren penurunan kemiskinan di Indonesia. Namun, kelompok penduduk dengan pendapatan rendah masih mengalami keterbatasan akses terhadap layanan dasar, termasuk pendidikan dan layanan kesehatan. Selain itu, rasio *Gini* yang digunakan untuk mengukur ketimpangan pendapatan tercatat sebesar 0,375 pada Maret 2025, menunjukkan bahwa distribusi pendapatan masih belum merata di masyarakat Indonesia (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2025a).

Pendidikan juga berperan penting sebagai determinan sosial kesehatan di Indonesia. Tingkat pendidikan yang rendah berkorelasi dengan rendahnya literasi kesehatan, keterbatasan pemahaman tentang perilaku hidup bersih dan sehat, serta keterlambatan dalam memanfaatkan layanan kesehatan. WHO menegaskan bahwa pendidikan perempuan memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan keluarga, khususnya kesehatan ibu dan anak, termasuk dalam pencegahan stunting dan kematian ibu (World Health Organization, 2022).

Berdasarkan hasil *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024* yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi *stunting* nasional menurun menjadi 19,8 % pada tahun 2024 dari 21,5 % pada 2023. Hasil survei ini menunjukkan adanya penurunan signifikan namun tetap memperlihatkan

kesenjangan berdasarkan status sosial ekonomi dan wilayah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025).

Lingkungan fisik dan sanitasi juga merupakan determinan penting dalam konteks masyarakat Indonesia. Akses terhadap air bersih, jamban sehat, dan hunian layak masih menjadi tantangan di beberapa daerah. Kondisi lingkungan yang tidak sehat berkontribusi terhadap tingginya kejadian penyakit infeksi seperti diare, ISPA dan penyakit berbasis lingkungan lainnya, terutama pada anak dan kelompok rentan (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2025b; World Health Organization, 2025b).

Selain itu, sistem pelayanan kesehatan sebagai determinan sosial kesehatan di Indonesia menghadapi tantangan dalam hal pemerataan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan, dan kualitas layanan. Meskipun program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah meningkatkan cakupan akses layanan kesehatan, disparitas kualitas dan ketersediaan layanan antara wilayah perkotaan dan pedesaan masih menjadi persoalan utama (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Dalam konteks tersebut, upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia memerlukan pendekatan komprehensif yang tidak hanya berfokus pada pelayanan medis, tetapi juga pada perbaikan kondisi sosial, ekonomi, pendidikan, lingkungan dan kebijakan publik. Pendekatan lintas sektor dan berbasis komunitas menjadi strategi penting untuk mengatasi determinan sosial kesehatan secara berkelanjutan dan berkeadilan (World Health Organization, 2025b).

E. Dampak Determinan Sosial Kesehatan terhadap Status Kesehatan Komunitas

Determinasi sosial kesehatan memengaruhi status kesehatan komunitas melalui faktor-faktor seperti pendidikan, status ekonomi, kondisi lingkungan, dan akses terhadap layanan kesehatan. World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa determinan sosial seperti pendidikan, pendapatan, dan kondisi tempat tinggal membentuk kondisi hidup yang menentukan risiko penyakit serta berhubungan dengan ketimpangan kesehatan (*health inequities*) yang dapat dicegah. Ketidaksetaraan ini berdampak pada perbedaan morbiditas dan mortalitas di berbagai kelompok sosial (World Health Organization, 2025b).

1. Hubungan Determinan Sosial dengan Penyakit Menular dan Tidak Menular

Determinasi sosial kesehatan memainkan peran penting dalam penyebaran penyakit menular di Indonesia. Faktor-faktor seperti kepadatan penduduk, akses terbatas ke sanitasi layak dan hambatan akses layanan kesehatan menunjukkan hubungan yang kuat dengan kejadian infeksi (Qur'aniati et al., 2023). Analisis determinan sosial menunjukkan bahwa variabel seperti densitas populasi, mobilitas dan status kesehatan masyarakat berkorelasi signifikan terhadap prevalensi dan angka kematian. Hal ini menunjukkan bahwa

determinan sosial kesehatan berkontribusi terhadap kerentanan komunitas terhadap wabah penyakit menular (Lestari et al., 2025).

Data Profil Statistik Kesehatan 2025 yang dirilis oleh Badan Pusat Statistik memberikan gambaran komprehensif tentang kondisi kesehatan penduduk Indonesia menurut berbagai karakteristik sosial–ekonomi seperti pendidikan, status ekonomi, tempat tinggal, dan faktor lingkungan yang relevan dengan determinan sosial kesehatan masyarakat. Laporan ini mencerminkan bahwa status kesehatan masyarakat tidak hanya dipengaruhi oleh faktor klinis tetapi juga oleh kondisi sosial ekonomi dan akses terhadap sumber daya layanan kesehatan (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2025b).

2. Pengaruh Determinan Sosial terhadap Kesehatan Ibu dan Anak

Determinasi sosial kesehatan juga berdampak signifikan terhadap status kesehatan ibu dan anak melalui mekanisme akses layanan, pendidikan, dan kondisi sosial keluarga. Di Indonesia, analisis determinan sosial menunjukkan bahwa status pendidikan ibu, pekerjaan orang tua, dan lingkungan keluarga berhubungan erat dengan status gizi anak, termasuk kejadian stunting. Faktor-faktor sosial seperti pendidikan ibu yang rendah dan ketidakstabilan ekonomi keluarga meningkatkan risiko anak mengalami pertumbuhan yang kurang optimal, yang berdampak pada kesehatan jangka panjang mereka (Nugroho et al., 2023). Determinan sosial merupakan faktor kunci dalam hasil kesehatan anak dan ibu karena respons terhadap risiko sosial dan ekonomi dapat memperkuat atau mengurangi kerentanan terhadap penyakit. Upaya multisektoral yang memperbaiki pendidikan perempuan, status ekonomi keluarga, serta akses pelayanan kesehatan dasar penting untuk mengurangi dampak determinan sosial ini (World Health Organization, 2025b).

3. Determinan Sosial dan Masalah Kesehatan Mental Komunitas

Masalah kesehatan mental merupakan bagian penting dari status kesehatan komunitas yang sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi, dukungan sosial, dan lingkungan sosial. Jurnal internasional studi tinjauan sistematis menunjukkan bahwa determinan sosial seperti kemiskinan, diskriminasi, ketidakadilan struktural, dan kurangnya dukungan sosial merupakan faktor utama risiko gangguan kesehatan mental di berbagai populasi. Tinjauan ini menekankan bahwa faktor sosial yang terjadi sepanjang hidup individu berkontribusi pada perkembangan dan pemeliharaan gangguan mental yang kronis (Kirkbride et al., 2024). Pendekatan yang sama diperlukan di Indonesia, di mana isu kesehatan mental semakin diakui sebagai bagian dari

tantangan kesehatan masyarakat. Upaya pencegahan dan dukungan komunitas perlu mempertimbangkan peran determinan sosial seperti dukungan keluarga, pengurangan stigma, serta akses terhadap sumber daya sosial dan layanan kesehatan mental demi meningkatkan kesejahteraan psikologis masyarakat (World Health Organization, 2025b).

4. Siklus Ketidakadilan Sosial dan Kesehatan (*Health Inequity*)

Ketidakadilan sosial kesehatan (*health inequity*) terjadi ketika perbedaan hasil kesehatan antara kelompok sosial tidak hanya bersifat statistik tetapi juga dapat dicegah dan tidak adil secara sosial (Anazirah & Yusrina, 2025). WHO menyatakan bahwa ketimpangan sosial dalam pendidikan, pendapatan, pekerjaan, dan kondisi kehidupan berdampak langsung pada disparitas hasil kesehatan, karena mereka menciptakan pola risiko dan akses layanan yang berbeda di antara kelompok masyarakat. Untuk itu, pengadaan kebijakan dan intervensi lintas sektor sangat penting guna merubah kondisi sosial yang menyebabkan ketidakadilan tersebut (World Health Organization, 2025b).

Determinan sosial seperti status sosial ekonomi, akses layanan kesehatan, serta pendidikan berhubungan dengan perbedaan capaian kesehatan dasar seperti imunisasi, gizi dan akses pelayanan kesehatan primer antara masyarakat di daerah perkotaan dan pedesaan. Hasil ini mencerminkan adanya siklus ketidakadilan sosial yang memperkuat disparitas kesehatan antar kelompok masyarakat (Sari & Susetiawan, 2025).

F. Implikasi Determinan Sosial Kesehatan bagi Pelayanan Kesehatan Komunitas

Implikasi determinan sosial kesehatan menuntut adanya pendekatan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif, kontekstual dan berkeadilan. Pelayanan kesehatan komunitas perlu disesuaikan dengan karakteristik sosial, ekonomi dan budaya masyarakat sasaran agar intervensi yang dilakukan lebih efektif dan berkelanjutan. Integrasi perspektif determinan sosial kesehatan dalam pelayanan komunitas menjadi kunci untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sekaligus mengurangi kesenjangan kesehatan antar kelompok dan wilayah.

1. Pergeseran Paradigma Pelayanan Kesehatan Komunitas Berbasis Determinan Sosial

Pemahaman terhadap determinan sosial kesehatan menuntut adanya pergeseran paradigma pelayanan kesehatan komunitas dari pendekatan kuratif-individual menuju pendekatan promotif dan preventif yang berorientasi pada

konteks sosial masyarakat. WHO menegaskan bahwa sistem pelayanan kesehatan primer harus dirancang untuk merespons kebutuhan sosial, ekonomi, dan lingkungan masyarakat sebagai bagian integral dari upaya peningkatan derajat kesehatan komunitas (World Health Organization, 2018). Pendekatan ini menempatkan pelayanan kesehatan komunitas sebagai pintu masuk utama dalam mengatasi ketimpangan kesehatan melalui intervensi berbasis kebutuhan lokal.

Di Indonesia, penguatan pelayanan kesehatan berbasis komunitas seperti Puskesmas dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) menjadi strategi penting dalam menjangkau kelompok rentan yang terdampak determinan sosial negatif. Kementerian Kesehatan RI menekankan bahwa pelayanan kesehatan primer harus mampu mengintegrasikan intervensi kesehatan dengan aspek sosial, termasuk edukasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan penguatan jejaring sosial di tingkat local (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2022).

2. Implikasi Determinan Sosial terhadap Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan Komunitas

Determinasi sosial kesehatan berpengaruh langsung terhadap akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan komunitas. Faktor seperti tingkat pendidikan, pendapatan, lokasi geografis, dan jaminan kesehatan menentukan kemampuan individu dan keluarga dalam mengakses layanan kesehatan secara tepat waktu dan berkelanjutan. Studi internasional menunjukkan bahwa ketimpangan sosial berkontribusi terhadap rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan preventif, terutama pada kelompok masyarakat berpendapatan rendah dan tinggal di wilayah terpencil (Marmot et al., 2020). Status sosial ekonomi dan tingkat pendidikan berhubungan signifikan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan primer. Masyarakat dengan pendidikan dan pendapatan lebih rendah cenderung mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan berkualitas, yang berdampak pada keterlambatan deteksi penyakit dan peningkatan beban kesehatan komunitas (Rahayu et al., 2025). Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan mutu pelayanan kesehatan komunitas harus disertai dengan strategi pengurangan hambatan sosial dan ekonomi.

3. Peran Pelayanan Kesehatan Komunitas dalam Mengurangi Ketimpangan Kesehatan

Pelayanan kesehatan komunitas memiliki peran strategis dalam memutus siklus ketidakadilan sosial dan kesehatan (*health inequity*). WHO menekankan

bahwa pelayanan kesehatan primer yang kuat dan berkeadilan merupakan kunci dalam mengurangi kesenjangan hasil kesehatan antar kelompok sosial, khususnya melalui pendekatan yang sensitif terhadap determinan sosial kesehatan (World Health Organization, 2025a).

Di tingkat komunitas, tenaga kesehatan dituntut untuk tidak hanya memberikan layanan medis, tetapi juga berperan sebagai agen perubahan sosial melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat, advokasi kesehatan, dan kolaborasi lintas sektor. Studi nasional menunjukkan bahwa integrasi program kesehatan dengan intervensi sosial, seperti peningkatan literasi kesehatan dan penguatan jejaring komunitas, mampu meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan serta memperbaiki hasil kesehatan masyarakat secara (Nugroho et al., 2023).

4. Pendekatan Lintas Profesi dalam Pelayanan Kesehatan Komunitas

Implikasi determinan sosial kesehatan menuntut penerapan pendekatan lintas profesi dalam pelayanan kesehatan komunitas. Masalah kesehatan yang berakar pada faktor sosial tidak dapat diselesaikan oleh tenaga kesehatan saja, tetapi memerlukan kolaborasi dengan sektor pendidikan, sosial, lingkungan, dan pemerintah daerah. WHO menyatakan bahwa kolaborasi lintas sektor merupakan strategi utama dalam menciptakan sistem kesehatan yang responsif terhadap determinan sosial dan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh (World Health Organization, 2019).

Pelayanan kesehatan komunitas berbasis tim interprofesional lebih efektif dalam menjangkau kelompok rentan dan menangani masalah kesehatan kompleks yang dipengaruhi oleh determinan sosial. Pendekatan ini memungkinkan intervensi yang lebih komprehensif, mulai dari pencegahan penyakit hingga penguatan kapasitas sosial masyarakat (Kirkbride et al., 2024).

5. Penguatan Kebijakan dan Intervensi Berbasis Determinan Sosial

Implikasi determinan sosial kesehatan juga menuntut penguatan kebijakan pelayanan kesehatan komunitas yang berbasis bukti dan keadilan sosial. WHO menekankan bahwa kebijakan kesehatan harus dirancang untuk mengurangi ketimpangan sosial melalui intervensi struktural, termasuk peningkatan akses pendidikan, perlindungan sosial, dan pemerataan layanan kesehatan primer (World Health Organization, 2025a).

Di Indonesia, penguatan pelayanan kesehatan komunitas melalui pendekatan determinan sosial sejalan dengan upaya pencapaian pembangunan kesehatan berkelanjutan. Integrasi kebijakan kesehatan dengan kebijakan sosial

dan pembangunan wilayah menjadi langkah strategis untuk meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan komunitas serta mengurangi kesenjangan kesehatan antar kelompok masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

G. Pendekatan Lintas Profesi dalam Mengatasi Sosial Kesehatan

Kompleksitas determinan sosial kesehatan menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan komunitas tidak dapat diselesaikan oleh satu profesi atau sektor saja. Faktor sosial, ekonomi, pendidikan, lingkungan, dan budaya yang saling berinteraksi membutuhkan pendekatan yang kolaboratif dan terintegrasi. Oleh karena itu, pendekatan lintas profesi menjadi strategi penting dalam upaya mengatasi determinan sosial kesehatan secara efektif dan berkelanjutan.

Pendekatan lintas profesi menekankan kerja sama antara tenaga kesehatan, tenaga pendidikan, pekerja sosial, pemerintah daerah, serta pemangku kepentingan lain di tingkat komunitas. Kolaborasi ini memungkinkan perencanaan dan pelaksanaan intervensi kesehatan yang lebih holistik, tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga menyentuh akar permasalahan sosial yang memengaruhi status kesehatan masyarakat. Dengan sinergi lintas profesi, upaya peningkatan derajat kesehatan komunitas diharapkan dapat berjalan lebih optimal sekaligus berkontribusi pada pengurangan ketimpangan kesehatan.

1. Konsep dan Urgensi Pendekatan Lintas Profesi dalam Kesehatan Komunitas

Pendekatan lintas profesi (*interprofessional approach*) merupakan strategi penting dalam mengatasi determinan sosial kesehatan yang bersifat kompleks dan multidimensional. WHO menegaskan bahwa masalah kesehatan yang berakar pada faktor sosial seperti kemiskinan, pendidikan rendah, ketimpangan gender dan lingkungan tidak sehat tidak dapat diselesaikan oleh satu profesi kesehatan saja, melainkan membutuhkan kolaborasi berbagai sektor dan disiplin ilmu (World Health Organization, 2019). Pendekatan ini menekankan kerja sama antara tenaga kesehatan, pekerja sosial, pendidik, perencana wilayah, dan pembuat kebijakan dalam merancang intervensi kesehatan yang komprehensif.

Dalam konteks pelayanan kesehatan komunitas, pendekatan lintas profesi memungkinkan identifikasi determinan sosial secara lebih holistik dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Studi internasional menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional berkontribusi pada peningkatan efektivitas pelayanan kesehatan primer, khususnya dalam menjangkau kelompok rentan yang menghadapi hambatan sosial dan ekonomi (Reeves et al., 2017).

2. Pendekatan Lintas Profesi dalam Upaya Promotif dan Preventif

Pendekatan lintas profesi memiliki peran sentral dalam penguatan upaya promotif dan preventif berbasis komunitas. WHO menekankan bahwa promosi kesehatan yang efektif harus melibatkan sektor di luar kesehatan, termasuk pendidikan, perumahan, ketenagakerjaan dan lingkungan hidup, guna menciptakan kondisi sosial yang mendukung perilaku hidup sehat (World Health Organization, 2019).

Di Indonesia, penguatan kolaborasi lintas profesi tercermin dalam pelaksanaan program kesehatan berbasis masyarakat yang melibatkan tenaga kesehatan, kader, pendidik, dan aparat desa. Kementerian Kesehatan RI menekankan bahwa integrasi lintas sektor dan lintas profesi menjadi kunci keberhasilan pelayanan kesehatan primer dalam mengatasi faktor risiko sosial yang memengaruhi status kesehatan Masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Pendekatan ini memungkinkan intervensi yang lebih berkelanjutan karena menasar akar masalah kesehatan, bukan hanya gejala klinis.

3. Peran Lintas Profesi dalam Penanganan Kelompok Rentan

Kelompok rentan seperti ibu dan anak, lansia, serta masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah membutuhkan pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi. Penelitian nasional menunjukkan bahwa intervensi kesehatan yang melibatkan kolaborasi antara tenaga kesehatan, pekerja sosial, dan pendidik lebih efektif dalam meningkatkan akses layanan serta memperbaiki hasil kesehatan kelompok rentan (Nugroho et al., 2023).

Pendekatan lintas profesi mampu meningkatkan kualitas layanan kesehatan komunitas melalui koordinasi perawatan, peningkatan komunikasi antarprofesi, serta penguatan dukungan sosial bagi masyarakat. Pendekatan ini terbukti efektif dalam mengurangi kesenjangan akses layanan kesehatan dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem pelayanan Kesehatan (Reeves et al., 2017).

4. Pendekatan Lintas Profesi sebagai Strategi Mengurangi Ketimpangan Kesehatan

Ketimpangan kesehatan (*health inequity*) yang dipengaruhi oleh determinan sosial memerlukan strategi lintas profesi dan lintas sektor. WHO menegaskan bahwa kebijakan kesehatan yang berdiri sendiri tidak cukup untuk mengurangi ketimpangan kesehatan tanpa keterlibatan sektor lain yang

memengaruhi kondisi hidup masyarakat, seperti pendidikan, ketenagakerjaan, dan perlindungan sosial (World Health Organization, 2019).

Dalam konteks Indonesia, pendekatan lintas profesi mendukung upaya pengurangan kesenjangan kesehatan antarwilayah dan antarkelompok sosial. Kolaborasi antara sektor kesehatan, pemerintah daerah dan sektor sosial memungkinkan perencanaan program kesehatan komunitas yang lebih adil, kontekstual dan berorientasi pada kebutuhan nyata Masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

5. Tantangan dan Penguatan Implementasi Pendekatan Lintas Profesi

Meskipun pendekatan lintas profesi menawarkan banyak manfaat, implementasinya menghadapi berbagai tantangan, seperti perbedaan budaya kerja antarprofesi, keterbatasan koordinasi, serta kurangnya kebijakan yang mendukung kolaborasi lintas sektor. WHO menekankan perlunya penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan pemangku kepentingan melalui pelatihan interprofesional dan kebijakan yang mendorong kerja sama lintas profesi secara sistematis (World Health Organization, 2019). Keberhasilan pendekatan lintas profesi sangat bergantung pada kepemimpinan, komunikasi efektif dan dukungan kebijakan. Oleh karena itu, penguatan kerangka kebijakan dan sistem pelayanan kesehatan komunitas menjadi langkah strategis untuk memastikan pendekatan lintas profesi dapat berjalan secara optimal dan berkelanjutan (Reeves et al., 2017).

H. Strategi dan Intervensi Berbasis Komunitas

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat memerlukan strategi dan intervensi yang tidak hanya bersifat individual, tetapi juga berorientasi pada komunitas sebagai satu kesatuan sosial. Pendekatan berbasis komunitas menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan, sehingga intervensi yang dilakukan lebih sesuai dengan kebutuhan, potensi dan karakteristik lokal. Strategi dan intervensi berbasis komunitas berfokus pada pemberdayaan masyarakat, penguatan peran sumber daya lokal, serta kolaborasi lintas sektor dan lintas profesi.

1. Strategi Partisipatif Berbasis Komunitas

Intervensi berbasis komunitas yang efektif memerlukan keterlibatan aktif masyarakat dalam setiap tahapannya mulai dari perencanaan hingga evaluasi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pendekatan berbasis ***community-based participatory research (CBPR)*** memungkinkan masyarakat rentan

berperan aktif dalam merancang program kesehatan yang tepat konteks dan berkelanjutan, terutama dalam penanganan sindrom metabolik pada lansia. Pendekatan ini meningkatkan penerimaan program karena disesuaikan dengan kebutuhan lokal dan mengintegrasikan sumber daya komunitas secara nyata (Yang & Park, 2025).

2. Edukasi Kesehatan dan Pendekatan Intervensi untuk Perubahan Perilaku

Intervensi berbasis komunitas sering kali mencakup komponen edukasi kesehatan yang dirancang untuk memperkuat kemampuan masyarakat dalam mengelola determinan sosial kesehatan, seperti perilaku hidup sehat, manajemen penyakit kronis dan pencegahan faktor risiko. Sebuah studi sistematis tentang intervensi berbasis komunitas pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 menunjukkan bahwa kombinasi edukasi kesehatan, dukungan sebaya dan aktivitas kelompok secara signifikan meningkatkan kontrol glikemik, efektivitas perawatan diri, serta kualitas hidup pasien. Hasil ini menegaskan bahwa program yang menggabungkan edukasi dengan dukungan sosial berpotensi memperbaiki hasil kesehatan di komunitas (Masdiana et al., 2025).

3. Penguatan Manajemen Diri Melalui Dukungan Komunitas

Penguatan manajemen diri merupakan strategi penting dalam intervensi berbasis komunitas untuk penyakit kronis, seperti hipertensi. Intervensi komunitas yang melibatkan kunjungan rutin oleh kelompok pendukung masyarakat kepada pasien hipertensi menunjukkan perbaikan dalam perilaku manajemen diri, termasuk diet, aktivitas fisik, dan pemantauan tekanan darah. Ini mencerminkan bahwa komunitas tidak hanya menjadi objek intervensi, tetapi menjadi bagian dari sistem dukungan kesehatan yang berkelanjutan di luar layanan klinis formal (Sari et al., 2022).

4. Intervensi Komunitas untuk Pencegahan dan Kendali Penyakit Nonfarmakologis

Penyakit, baik menular maupun tidak menular, tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis, tetapi juga sangat berkaitan dengan perilaku, lingkungan, dan kondisi sosial masyarakat. Dalam konteks kesehatan komunitas, intervensi nonfarmakologis menjadi strategi penting karena menitikberatkan pada upaya pencegahan dan pengendalian penyakit melalui perubahan perilaku, pemberdayaan masyarakat, serta perbaikan lingkungan hidup. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip promotif dan preventif dalam pembangunan kesehatan.

Intervensi komunitas nonfarmakologis berperan sebagai upaya yang berkelanjutan dan berbiaya relatif rendah, sekaligus mampu menjangkau kelompok masyarakat secara luas.

Model intervensi komunitas yang terintegrasi antara edukasi kesehatan dengan aktivitas fisik kelompok juga menunjukkan hasil positif dalam pengendalian penyakit tidak menular. Integrasi senam komunitas dengan edukasi visual tentang kesehatan terbukti meningkatkan pengetahuan peserta dan memotivasi perubahan perilaku jangka panjang terhadap hipertensi dan diabetes mellitus, memperlihatkan bahwa intervensi yang menggabungkan aspek edukasi dan aktivitas komunitas dapat mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam menjaga kesehatan mereka sendiri (Wijayanti et al., 2025).

5. Peran Kader dan Sumber Daya Lokal dalam Strategi Intervensi

Intervensi kesehatan yang memanfaatkan kader lokal atau sukarelawan komunitas dapat meningkatkan efektivitas program melalui penggunaan pengetahuan lokal dan hubungan sosial yang kuat. Studi jurnal dari konteks populasi rentan menyimpulkan bahwa intervensi pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik kelompok marginal dapat menjadi alat yang kuat untuk meningkatkan hasil kesehatan dan mengurangi ketimpangan. Temuan ini menegaskan bahwa pelatihan kader dan penggunaan sumber daya lokal merupakan komponen penting dari strategi intervensi komunitas yang berhasil (Fitriasari & Umasugi, 2025).

I. Simpulan

Determinan sosial kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk status kesehatan individu dan komunitas. Faktor-faktor seperti kondisi sosial ekonomi, tingkat pendidikan, lingkungan dan akses terhadap pelayanan kesehatan saling berinteraksi dan berkontribusi terhadap terjadinya ketimpangan kesehatan di masyarakat. Permasalahan kesehatan yang muncul, baik penyakit menular maupun tidak menular, tidak dapat dilepaskan dari konteks sosial dan lingkungan tempat masyarakat hidup. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan komunitas perlu mengadopsi pendekatan yang komprehensif, promotif dan preventif dengan mempertimbangkan determinan sosial kesehatan. Pendekatan lintas profesi serta strategi dan intervensi berbasis komunitas menjadi upaya yang penting untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara berkelanjutan dan mengurangi kesenjangan kesehatan antar kelompok dan wilayah.

J. Referensi

- Anazirah, A., & Yusrina, A. (2025). Social Determinants and Their Impact on Urban Health Inequalities. *Applied Health Promotion Science*, 1(1), 70–82. <https://doi.org/10.69725/ahproce.v1i1.255>
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2022). Primary Health Care Services Become the Spearhead of Public Health Improvement. Retrieved February 10, 2026, from Kemenkes website: <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/en/layanan-kesehatan-primer-jadi-ujung-tombak-perbaikan-kesehatan-masyarakat/>
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2025a). Health Statistics Profile 2025. Retrieved February 10, 2026, from BPS-Statistics Indonesia website: <https://www.bps.go.id/en/publication/2025/12/12/7d17daec8d62c852fc354945/health-statistics-profile-2025>
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2025b). Tingkat kemiskinan kembali menurun. Retrieved February 10, 2026, from BPS-Statistics Indonesia website: <https://www.bps.go.id/news/2025/07/25/731/tingkat-kemiskinan-kembali-menurun.html>
- Dahlgren, G, & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199(1), 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Dahlgren, Göran, & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Retrieved February 10, 2026, from Institute for Futures Studies website: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Fitriasari, E., & Umasugi, M. T. (2025). Determinan Sosial dan Intervensi dalam Kesehatan: Scoping Review Tentang Populasi Rentan dan Pendekatan Edukasional. *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 8(1), 42–52. <https://doi.org/10.35473/ijnr.v8i1.3986>
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Moon, S. (2017). From sovereignty to solidarity: A renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383(9911), 94–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62561-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62561-1)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2023. Retrieved February 10, 2026, from Kementerian Kesehatan RI website: <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/4666>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Profil Kesehatan Indonesia 2024. Retrieved February 10, 2026, from Kementerian Kesehatan Republik Indonesia website: <https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2024>

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). SSGI 2024: Prevalensi stunting nasional turun menjadi 19,8%. Retrieved February 10, 2026, from Kemenkes website: <https://kemkes.go.id/id/ssgi-2024-prevalensi-stunting-nasional-turun-menjadi-198>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., ... Wright, T. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Lestari, A. W., Hara, M. K., Kody, M. M., & Noviana, I. (2025). Skrining Penyakit Menular dan Kesehatan Mental untuk Deteksi Dini dan Peningkatan Literasi Kesehatan Mahasiswa Keperawatan melalui Kolaborasi Prodi Keperawatan dan Puskesmas Waingapu, Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 5(6), 2909–2918. <https://doi.org/10.54082/jamsi.2264>
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., & Morrison, J. (2020). Health equity in England: The Marmot review 10 years on. Retrieved February 10, 2026, from Institute of Health Equity website: <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>
- Marmot, Michael, & Allen, J. (2024). A programme for greater health equity for the next UK Government. *The Lancet*, 403(10445), 2675–2677.
- Masdiana, M., Hidayat, R., & Febrianti, T. (2025). Efektifitas intervensi berbasis komunitas terhadap penderita diabetes mellitus tipe 2: A systematic review. *Jurnal Ners*, 9(2), 3115–3124. <https://doi.org/10.31004/jn.v9i2.44463>
- Nugroho, E., Wanti, P. A., Suci, C. W., Raharjo, B. B., & Najib, N. (2023). Social determinants of stunting in Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(4), 546–555. <https://doi.org/10.15294/kemas.v18i4.40875>
- Qur'aniati, N., Sweet, L., De Bellis, A., & Hutton, A. (2023). Social determinants of health on human immunodeficiency virus care quality in Indonesia. *Journal of Advanced Nursing*, 79(5), 1778–1788. <https://doi.org/10.1111/jan.1542>
- Rahayu, E. P., Ariyanti, R., & Rahayu, A. P. (2025). Sociodemographic Determinants of Health Facility Utilization in Indonesia. *Indonesian Journal of Health Administration*, 13(2), 195–205. <https://doi.org/10.20473/jaki.v13i2.2025.195-205>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 22(6), 1–13. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Sari, C. W. M., Yamin, A., & Santoso, M. B. (2022). The Effect of Community-Based Intervention on Self-Management of Hypertension Patients. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 8(1), 41–47. <https://doi.org/10.17509/jpki.v8i1.44362>

- Sari, D. T., & Susetiawan, M. D. (2025). Socioeconomic Determinants of Health Status; Evidence from Nusa Tenggara Barat–Indonesia. *Jurnal Manajemen Strategik Dan Simulasi Bisnis*, 6(1), 72–88. <https://doi.org/10.25077/mssb.6.1.72-88.2025>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO Document Production Services.
- Wijayanti, W., Wianti, S., Lismayanti, L., & Haq, Z. D. (2025). Integrasi Edukasi Kesehatan dan Senam Komunitas sebagai Upaya Nonfarmakologis Pengendalian Hipertensi dan Diabetes Mellitus. *Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 5(6), 1063–1074. <https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v5i6.739>
- World Health Organization. (2018). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. Retrieved February 10, 2026, from World Health Organization website: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- World Health Organization. (2019). Special Initiative for Multi-country Action on the Social Determinants of Health Equity. Retrieved February 10, 2026, from World Health Organization website: <https://www.who.int/initiatives/action-on-the-social-determinants-of-health-for-advancing-equity>
- World Health Organization. (2022). Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens. Retrieved February 10, 2026, from World Health Organization website: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
- World Health Organization. (2025a). Social determinants of health. Retrieved February 10, 2026, from World Health Organization website: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- World Health Organization. (2025b). Social determinants of health. Retrieved February 10, 2026, from World Health Organization website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- Yang, J., & Park, B. (2025). Evaluation of a health promotion program based on Community-based Participatory Research for older adults at risk for metabolic syndrome: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 25(1), 2231. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23431-7>

K. Glosarium

Kemkes RI : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Puskesmas : Pusat Kesehatan Masyarakat

SKI : Survei Kesehatan Indonesia

SSGI : Survei Status Gizi Indonesia
WHO : World Health Organization

CHAPTER 2

PERAN BIDAN, PERAWAT, APOTEKER, DAN AHLI GIZI DALAM PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK)

Ns. Suci Hardianti, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan

Saat ini, pembangunan kesehatan di Indonesia sedang mengalami pergeseran besar menuju paradigma sehat. Sepanjang sejarah, pendekatan kesehatan konvensional cenderung bersifat kuratif dan rehabilitatif, dengan fokus utama pada penyembuhan pasien di fasilitas kesehatan. Karena peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang lambat dan tingginya biaya kesehatan, model ini mulai diragukan lagi (Dewi Amalia, 2023).

Paradigma sehat mengutamakan strategi preventif dan promotif. Filosofi utamanya adalah memastikan bahwa populasi yang sehat tetap sehat dan bahwa populasi yang beresiko tidak jatuh sakit. Sebagaimana diatur dalam Permenkes No. 39 Tahun 2016, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) memasukkan perubahan perspektif ini ke dalam kebijakan nasional (Erfandy Budi Qowiyyum, 2021).

PISPK berfungsi sebagai instrumen strategis untuk meningkatkan fungsi Puskesmas dengan mendorong pasien untuk proaktif memberikan layanan. PIS-PK mewajibkan tenaga kesehatan untuk menjangkau langsung keluarga, berbeda dengan model lama yang pasif (menunggu pasien). Hal ini didasarkan pada gagasan bahwa keluarga adalah bagian terkecil masyarakat yang memiliki pengaruh paling besar terhadap perilaku kesehatan dan keberhasilan intervensi medis primer. Oleh karena itu, PIS-PK tidak hanya bertujuan untuk mengumpulkan data, tetapi juga membantu keluarga menjadi lebih mandiri dan tetap sehat (Ruth & Oishi, 2025).

Untuk mengukur keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dua belas indikator utama menunjukkan masalah kesehatan utama di Indonesia (Erfandy Budi Qowiyyum, 2021). Indikator-indikator ini menunjukkan perilaku, aksesibilitas, dan kondisi lingkungan keluarga. 12 indikator keluarga sehat digunakan sebagai dasar untuk mengukur tingkat kesehatan keluarga. Ada 12 indikator berikut: keluarga menggunakan Program Keluarga Berencana (KB), ibu melahirkan di fasilitas kesehatan, bayi diberi ASI eksklusif, balita

diawasi pertumbuhannya, TB paru diobati sesuai standar, hipertensi diobati secara teratur, gangguan jiwa berat diobati secara tidak terlantarkan, dan tidak ada anggota keluarga yang merokok (Kemenkes, 2016b).

Selanjutnya, hasil dari dua belas indikator tersebut dikonversi menjadi angka indeks yang berkisar antara 0 dan 1. Menurut standar nasional, ada tiga kategori status kesehatan keluarga: keluarga sehat, jika IKS di atas 0.800; keluarga pra-sehat, jika IKS di antara 0.800 dan 0.800; dan keluarga tidak sehat, jika IKS di bawah 0.800 (Siti Rohimah, 2019).

B. Analisis Mendalam 12 indikator Keluarga Sehat (PIS-PK)

Pedoman teknis untuk pengawasan dan evaluasi program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), yang dirilis pada tahun 2017 oleh Kementerian Kesehatan RI, dibahas dalam analisis ini. Di setiap fase kehidupan seseorang, indikator utama ini menunjukkan kemandirian kesehatannya (kemenkes, 2017).

1. Klaster Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Kemandirian kesehatan dimulai jauh sebelum kelahiran, menurut indikator dalam klaster ini.

- a. Keluarga Mengikuti Program Keluarga Berencana (KB):** Kemandirian diukur dari kesadaran pasangan usia subur untuk menggunakan alat kontrasepsi secara proaktif daripada hanya mengikuti arahan petugas.
- b. Ibu Melakukan Persalinan di Fasilitas Kesehatan:** Pergeseran paradigma dari persalinan di rumah dengan bantuan non-media menjadi persalinan di fasilitas kesehatan menunjukkan tingkat kepercayaan keluarga terhadap standar medis kontemporer.
- c. Bayi Menerima Imunisasi Dasar Lengkap:** Indikator ini menunjukkan bahwa orang tua harus membantu anak mereka membangun sistem kekebalan mereka sendiri dalam jangka panjang.
- d. Bayi Mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif:** Ini adalah metode paling penting untuk kemandirian finansial dan kesehatan, memungkinkan keluarga mendapatkan nutrisi terbaik tanpa bergantung pada susu formula.
- e. Balita Diperiksa untuk Pertumbuhan:** Rutinitas membawa anak ke posyandu untuk mendeteksi stunting dini adalah bukti kemandirian.

2. Klaster Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak menular

Bagian ini menunjukkan cara keluarga dapat mengendalikan risiko penyakit dengan dosementik.

- a. Penderita Tuberkulosis (TB) Paru Menerima Pengobatan Standar:** Keluarga bertindak sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO) mandiri untuk memastikan kepatuhan medis pasien hingga mereka sembuh sepenuhnya.

b. Pengobatan Teratur untuk Penderita Hipertensi: Hipertensi sering disebut sebagai *silent killer*. Kemandirian keluarga diuji dengan mengatur diet rendah garam dan melakukan pemeriksaan tekanan darah secara teratur tanpa menunggu gejala parah muncul.

c. Penderita Gangguan Jiwa Mendapatkan Pengobatan dan Tidak Ditelantarkan: Dukungan psikososial keluarga sangat penting untuk membantu penderita gangguan jiwa menyesuaikan diri dengan pengobatan dan tidak dipasung.

3. Klaster Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan Lingkungan

Menjaga kesehatan rumah tangga bergantung pada indikator lingkungan.

a. Tidak Ada Anggota Keluarga yang Merokok: Kemampuan sebuah keluarga untuk melindungi anggota keluarga lainnya dari paparan asap rokok di dalam rumah sangat berpengaruh pada kemandirian kesehatan seseorang.

b. Keluarga Sudah Menjadi Anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Menjadi peserta JKN secara mandiri, terutama bagi mereka yang mandiri atau bukan penerima bantuan, menunjukkan kesiapan keuangan keluarga untuk menghadapi bahaya kesehatan di masa depan.

c. Keluarga Mempunyai Akses Sarana Air Bersih: Untuk mencegah penyakit berbasis lingkungan seperti diare, adalah penting untuk memiliki akses ke air bersih secara mandiri.

d. Keluarga Mempunyai Akses atau Menggunakan Jamban Sehat: Perilaku tidak buang air besar sembarangan menunjukkan harga diri dan kemandirian keluarga dalam menjaga kebersihan lingkungan mereka sendiri. (Kemenkes, 2016a).



Gambar 1.2: Indikator Keluarga Sehat

Sumber: (Kemenkes, 2016a).

C. Profil dan Peran Spesifik Tenaga Kesehatan

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) adalah salah satu cara Puskesmas mendatangi keluarga dan meningkatkan jangkauan sasarannya. Program ini sangat bergantung pada kolaborasi antarprofesi.

1. Peran Strategis Bidan dalam Kesehatan Ibu dan Anak

Bidan bukan hanya tenaga medis; mereka adalah kunci keberlangsungan generasi dengan memantau kesehatan ibu dan bayi secara menyeluruh. Dengan peran berikut:

a. Meningkatkan indikator KB dan Persalinan di Faskes

Keberhasilan layanan KB di fasilitas kesehatan (Faskes) ditentukan oleh pilihan metode kontrasepsi yang tepat dan tingkat keberhasilan persalinan yang aman. Fokus utama adalah mengurangi kebutuhan akan KBB dan menjamin bahwa setiap ibu bersalin dirawat oleh staf yang berpengalaman di fasilitas yang cukup.

b. Peran Bidan dalam Deteksi Dini Risiko Tinggi pada Ibu Hamil

Kunjungan rumah adalah bentuk screening proaktif, di mana bidan dapat menemukan tanda-tanda bahaya kehamilan seperti preeklamsia atau anemia berat, yang mungkin tidak terdeteksi hanya melalui kunjungan klinis.

- c. Pemberdayaan keluarga adalah kunci untuk pencegahan kematian ibu dan bayi

Suami dan anggota keluarga lainnya dididik untuk mengidentifikasi tanda kegawatdaruratan dan memberikan dukungan psikososial selama kehamilan (Kemenkes RI, n.d.).

- d. Imunisasi

Memastikan bahwa setiap bayi menerima vaksinasi dasar lengkap.

- e. Kunjungan Rumah

Berdasarkan hasil Indeks Keluarga Sehat (IKS), intervensi awal harus dilakukan pada keluarga yang mengalami masalah kesehatan ibu dan anak.

2. Perawat sebagai Koordinator Intervensi Penyakit Tidak Menular (PTM)

Selama transisi epidemiologi, perawat menggunakan pendekatan berbasis komunitas untuk mengambil alih manajemen penyakit kronis. Di antaranya adalah:

- a. Koordinasi Lapangan

Perawat seringkali berfungsi sebagai pembina keluarga (area Monitoring) dan mengumpulkan data melalui profil keluarga (prokesga).

- b. Manajemen penderita hipertensi dan tuberkulosis

Melalui intervensi homecare memungkinkan perawat memantau kepatuhan pengobatan pasien hipertensi dan modifikasi gaya hidup mereka serta memastikan kepatuhan minum obat pasien tuberkulosis sebagai PMO (Pengawas Menelan Obat).

- c. Komunikasi Terapeutik

Untuk mendorong keluarga untuk berobat ke Puskesmas, teknik komunikasi terapeutik harus empatik. Untuk membuat keluarga bersedia merujuk pasien ke puskesmas, perawat menggunakan metode wawancara motivasi.

- d. Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan sehat (PHBS)

Mendorong anggota keluarga untuk menghindari merokok di dalam rumah dan memastikan bahwa ada air bersih dan lingkungan yang sehat.

- e. Peran perawat dalam merawat kesehatan jiwa keluarga

Perawat membantu mendeteksi gangguan jiwa di tingkat keluarga, memberikan psikoedukasi, dan mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa (WHO, 2025).

3. Apoteker dalam Pengelolaan Obat di Keluarga

Apoteker memastikan bahwa obat yang diberikan kepada pasien tidak hanya tersedia, tetapi juga dipahami dan dikelola dengan benar untuk memastikan bahwa obat tersebut bekerja dengan maksimal.

a. Rekonsiliasi obat di Rumah

Memastikan bahwa obat-obatan yang dikonsumsi oleh keluarga (terutama mereka yang menderita penyakit jangka panjang seperti hipertensi dan tuberkulosis) disimpan dan digunakan dengan benar.

b. Edukasi Kepatuhan Minum Obat

Pendidikan kepatuhan minum obat (khususnya obat hipertensi dan tuberkulosis) difokuskan pada pasien hipertensi dan tuberkulosis untuk mencegah resistensi obat atau komplikasi lebih lanjut akibat putus obat (*dropout*).

c. Manajemen penyimpanan obat di rumah tangga (mencegah penyalahgunaan obat)

Menedukasi keluarga mengenai cara mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat dengan benar guna mencegah penyalahgunaan obat serta kerusakan zat aktif akibat penyimpanan yang salah.

d. Peran Home Pharmacy Care dalam mendukung intervensi lanjut PIS-PK Integrasi

Integrasi Apoteker dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) melalui kunjungan rumah untuk rekonsiliasi obat memastikan tidak ada interaksi obat yang membahayakan pasien (Kemenkes, 2016c).

4. Ahli gizi dalam Penurunan Stunting dan Gizi Buruk

Ahli gizi membangun status nutrisi masyarakat, terutama selama periode pertumbuhan manusia yang penting.

a. Pemantauan pertumbuhan balita melalui buku KIA dan KMS

Maksimalkan penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) sebagai alat untuk mengidentifikasi penurunan kecepatan pertumbuhan dini, atau penurunan pertumbuhan, agar intervensi dapat dilakukan sebelum anak jatuh ke kondisi stunting.

b. Intervensi gizi khusus pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) mengatur nutrisi dari kehamilan hingga dua tahun

Ini mencakup pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil dan makanan tambahan (PMT) yang dibuat di daerah lokal.

c. Memberikan instruksi tentang pentingnya menjaga pola makan sehat bagi setiap anggota keluarga dan eksklusif ASI.

- d. Membentuk kebiasaan makan sehat sejak dini dengan mengajarkan ibu cara menyusui yang tepat dan transisi ke MP-ASI yang bergizi seimbang. (Permenkes, 2020).

D. Kolaborasi interprofesional (*Interprofessional Collaboration*)

Membangun Kolaborasi Interprofesional (IPC) dan PIS-PK adalah proses di mana berbagai profesi kesehatan bekerja sama dengan pasien, keluarga, dan komunitas untuk memberikan kualitas pelayanan terbaik. Mereka bukan hanya bekerja sama di satu gedung (Dewi Amalia, 2023).

1. Manajemen Tim Pembina Keluarga: Zonasi dan Koordinasi Manajemen

Wilayah Kerja Dalam pelaksanaan PIS-PK, puskesmas membagi wilayah berdasarkan zonasi. Setiap Tim Pembina Keluarga (TPK) bertanggung jawab atas wilayah tertentu, seperti desa atau kelurahan. Wilayah ini dibagi berdasarkan jumlah blok sensus atau Kepala Keluarga (KK).

Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa pengumpulan data profil kesehatan keluarga (Prokesga) dan intervensi lanjut dilakukan secara merata tanpa mengabaikan keluarga mana pun. Koordinasi Lintas Profesi koordinasi dilakukan melalui mekanisme Lokakarya Mini (Lokmin) bulanan. Disini, Kepala Puskesmas memfasilitasi pertemuan antara anggota tim yang terdiri dari berbagai profesi (Bidan, Perawat dan lain-lain) untuk membahas hambatan lapangan serta merumuskan prioritas masalah kesehatan berdasarkan Indeks Keluarga Sehat (IKS) di wilayah masing-masing.

2. Integrasi data: Pemanfaatan Bersama Hasil Survei PIS-PK

Hasil survei PIS-PK merupakan basis data terintegrasi yang digunakan secara kolaboratif oleh tenaga kesehatan.

- a. Bidan: Menggunakan data indikator ibu hamil (ANC), persalinan, dan KB untuk mengetahui risiko kematian ibu dan bayi di tingkat keluarga.
- b. Perawat: Mempelajari data penderita hipertensi dan TB paru untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga (home care) dan memastikan kepatuhan pengobatan.
- c. Apoteker: Memeriksa ketersediaan obat dan mengajarkan keluarga yang menderita penyakit kronis tentang perawatan farmasi di rumah.
- d. Ahli Gizi: Individu yang memiliki IKS rendah pada indikator gizi menerima konseling gizi khusus melalui data tinggi badan dan berat badan balita untuk mendeteksi stunting dini.

E. Studi Kasus: Penangan Integratif Balita Stunting dan Ibu Hipertensi

Dalam satu keluarga, ditemukan balita dengan indikasi stunting dan ibu dengan hipertensi yang tidak terkontrol. Penyelesaian Masalah secara Kolektif (IPC) adalah sebagai berikut:

1. Ahli Gizi melakukan penilai pola makan dan memberikan intervensi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) lokal pada balita (Hadju et al., n.d.);
2. Bidan memeriksa riwayat kelahiran balita dan memberikan edukasi tentang kesehatan reproduksi dan pola asuh pada ibu;
3. Perawat melakukan skrining tekanan darah secara rutin pada ibu, mengajarkan cara membatasi konsumsi garam, dan memantau risiko komplikasi; dan
4. Apoteker memberikan instruksi tentang penggunaan obat antihipertensi yang tepat dan mengawasi penggunaan obat melalui kotak obat keluarga.

F. Tantangan dan strategi Implementasi

Untuk mencapai tujuan keluarga sehat, implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di lapangan menghadapi berbagai dinamika. Perlu ada tindakan yang direncanakan dan taktis untuk mengatasi situasi ini.

1. Kendala lapangan yang Kompleks: Tantangan utama dalam pelaksanaan PIS-PK tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga sosiologis dan struktural.
 - a. Hambatan geografis dan akses puskesmas dengan wilayah kerja di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DPTK) seringkali terkendala oleh medan yang luas dan jarak antar rumah yang luar biasa, yang menyebabkan waktu dan biaya transportasi yang lebih tinggi dibandingkan di wilayah perkotaan (Hartati et al., 2021).
 - b. Resistensi dan penolakan keluarga: Beberapa keluarga menolak pendataan atau kunjungan rumah karena tidak memiliki literasi kesehatan yang cukup. Ini disebabkan oleh keyakinan mereka bahwa itu akan mengganggu privasi mereka atau karena mereka takut akan mendapatkan diagnosis penyakit tertentu (Kemenkes, 2017).
 - c. Beban Kerja Ganda: Petugas puskesmas seringkali menghadapi dilema antara melakukan kunjungan lapangan dan memberikan pelayanan di dalam gedung. Hal ini dapat mengurangi ketepatan data yang dikumpulkan jika tidak dikelola dengan baik (Mubasyiroh et al., n.d.).
2. Aplikasi Keluarga Sehat menawarkan solusi untuk mengatasi lambatnya birokrasi data tradisional dengan menggunakan teknologi informasi digitalisasi:
 - a. Sistem Pelaporan *Real-Time* Penggunaan aplikasi memungkinkan data lapangan langsung tersinkronasi ke server pusat, memberikan pengambil kebijakan gambaran indeks Keluarga Sehat (IKS) secara instan.

- b. Analisis teknologi ini mempermudah tenaga kesehatan dalam *cross-tabulation* data, yang memungkinkan identifikasi kelompok rentan di suatu wilayah secara otomatis tanpa proses manual yang rumit (kemenkes, 2017).

G. Strategi intervensi Lanjut (*Follow-Up*).

Untuk mengubah status keluarga dari "Tidak Sehat" menjadi "Sehat", pendekatan yang bersifat individual dan berkelanjutan diperlukan.

1. Kunjungan Rumah rutin (*Re-Visit*) harus diprioritaskan untuk keluarga yang memiliki indikator "Merah", yang berarti tidak sehat, untuk memastikan bahwa perilaku mereka berubah atau mereka mulai mengikuti pengobatan.
2. Optimalisasi Kolaborasi Interprofesional (IPC) : Intervensi tidak dapat dilakukan secara mandiri. Kerja sama antara perawat, bidan, apoteker, dan ahli gizi dalam satu kunjungan rumah telah terbukti lebih efektif dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang kompleks (Mulyati & Astuti, 2019).
3. Pemberdayaan melalui kader: Memberdayakan tokoh masyarakat dan kader kesehatan untuk memantau minum obat atau gizi di tingkat RT/RW sangat penting untuk keberlanjutan intervensi (Erfandy Budi Qowiyyum, 2021).

H. Kemandirian kesehatan keluarga

Tujuan keberlanjutan program ini adalah untuk mengubah perspektif masyarakat dari "mencari pengobatan" menjadi "menjaga kesehatan" sendiri di rumah (Asri & Budiono, 2019).

1. Pemanfaatan Konseling Keluarga Terintegrasi; Kemandirian kesehatan tidak mungkin dicapai melalui pendidikan parsial. Strategi ini mengutamakan gagasan "Satu kunjungan, Multi intervensi".
2. Pendekatan Siklus Hidup: Saat bidan mengunjungi ibu hamil, perawat melakukan skrining hipertensi pada kepala keluarga, dan ahli gizi memeriksa perkembangan balita di rumah.
3. Penggunaan Alat Peraga: Menggunakan media edukasi yang ada di rumah (seperti mempelajari isi piring dengan piring keluarga) terbukti lebih efektif untuk meningkatkan pemahaman (Kemenkes, 2016a).

I. Keberlanjutan melalui "*Self-Monitoring*" Keluarga

Menyerahkan tanggung jawab pengawasan kepada keluarga adalah cara untuk mencapai kemandirian.

1. Buku KIA sebagai Dashboard Kesehatan: Membantu keluarga memahami dan memahami grafik pertumbuhan anak secara mandiri. (Permenkes, 2020).

2. Kotak Obat Keluarga: Apoteker mengajarkan keluarga untuk memiliki sistem penyimpanan obat yang teratur, memisahkan obat biasa (seperti untuk hipertensi atau TB) dari obat pertolongan pertama, sehingga tidak ada kesalahan penggunaan.

J. Monitoring, Evaluasi dan Masa Depan PISPK

PIS-PK tidak hanya diukur dari pendataan yang selesai, tetapi juga dari evaluasi berkala data untuk memastikan peningkatan derajat kesehatan masyarakat untuk mencapai tujuan jangka panjang bangsa.

1. Metode Perhitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS)

Indikator Keluarga Sehat (IKS) adalah ukuran komposit yang digunakan untuk mengukur status kesehatan suatu wilayah, mulai dari tingkat keluarga hingga kecamatan.

- a. IKS Tingkat Keluarga : Dihitung berdasarkan perbandingan antara jumlah indikator yang bernilai "Ya" (dipenuhi) dengan jumlah indikator yang "sesuai" (berlaku di keluarga tersebut). Rumusnya adalah:

$$IKS \text{ Keluarga} = \frac{\text{Jumlah Indikator Keluarga Sehat yang bernilai 1}}{12 - \text{Jumlah indikator yang tidak ada di keluarga}}$$

- b. IKS Tingkat Desa/Kecamatan : Nilai IKS Wilayah diperoleh dari rata-rata (rerata) IKS seluruh keluarga di wilayah tersebut. Hasil perhitungan nilai akan mengklasifikasikan wilayah ke dalam tiga kategori:

- 1) Keluarga Sehat: IKS > 0,800.
- 2) Keluarga Pra-Sehat: IKS 0,500 – 0,800.
- 3) Keluarga Tidak Sehat: IKS < 0,500.

2. Monitoring dan Evaluasi Berkala

Analisis kesenjangan antara capaian nyata di lapangan dan target nasional digunakan untuk melakukan evaluasi. Hasil evaluasi ini digunakan oleh puskesmas untuk menyelaraskan perencanaan anggaran mereka dengan membuat mekanisme Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) yang lebih tepat sasaran (Kemenkes, 2016b).

3. Keberlanjutan PIS-PK dalam Mendukung Indonesia Emas 2045

PIS-PK adalah pilar utama dalam transformasi layanan primer untuk mencapai target Indonesia Emas; Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia melalui PIS-PK akan meningkatkan kualitas sumber daya manusia dengan mendeteksi stunting dan penyakit menular sejak dini, membantu Indonesia menciptakan generasi yang unggul secara fisik dan kognitif (Bappenas, 2025). Integrasi Layanan Primer (ILP) PIS-PK akan semakin terintegrasi dengan siklus hidup manusia, sehingga intervensi tidak lagi berbasis.

K. Referensi

- Asri, A. C., & Budiono, I. (2019). *HIGEIA JOURNAL OF PUBLIC HEALTH Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas*. 3(4), 556–567.
- Bappenas. (2025). *Background study rencana pembangunan jangka panjang nasional(rpjpn) 2025–2045 bidang pemuda*. 2025–2045.
- Dewi Amalia, I. S. (2023). *INDONESIA PROGRAM WITH THE FAMILY APPROACH (PIS-PK) Background : With the support of the Indonesian Healthy Program with a Family*. 104–112.
- Erfandy Budi Qowiyyum, G. W. P. (2021). *Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Indonesia PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) UNTUK MENINGKATKAN AKSES PELAYANAN (STUDI KASUS PUSKESMAS PULO LOR , KECAMATAN JOMBANG , KABUPATEN JO*.
- Hadju, V., Maria, I. L., & Nontji, W. (n.d.). *Interprofessional Collaboration Practices : Case Study of the Handling of Malnutrition in Three Public Health Centers in South Sulawesi*. <https://doi.org/10.3923/pjn.2018.379.385>
- Hartati, N. S., Sulistiowati, E., Susilawati, D., Penelitian, P., Sumber, K., Kesehatan, P., & Penelitian, B. (2021). *Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas*. 161–170.
- kemendes. (2017). *Pedoman monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan pendekatan Keluarga (PIS-PK).pdf*.
- Kemendes. (2016a). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*.
- Kemendes. (2016b). Permenkes No 39 tahun 2016. *Nature Methods*, 7(6), 2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849997%0Ahttp://doi.wiley.com/10.1111/jnpe.12374>
- Kemendes. (2016c). *Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas*.
- Kemendes RI. (n.d.). *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir. 2020*.
- Mubasyiroh, R., Dharmayanti, I., Indrawati, L., Tjandrarini, D. H., Rachmalina, R., Handayani, N., Despitasi, M., Izwardy, D., Cadrana, B. P., Cover, D., & Raharjo, N. S. (n.d.). *Bunga Rampai Transformasi*.
- Permenkes. (2020). *STANDAR ANTROPOMETRI ANAK*. 3, 1–78.
- Ruth, I., & Oishi, V. (2025). *Evaluasi Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. 9(3), 502–511.
- Siti Rohimah, T. S. (2019). *Jurnal Keperawatan Galuh Volume : 1 – Nomor : 1 Tahun : 2019*.
- WHO. (2025). *Noncommunicable diseases*.

L. Glosarium

ANC	= Antenatal Care
DPTK	= Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan
Faskes	= Fasilitas Kesehatan
IKS	= Indeks Keluarga Sehat
ILP	= Integrasi Layanan Primer
IPC	= Interprofessional Collaboration
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KIA	= Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	= Kartu Menuju Sehat
PIS-PK	= Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PHBS	= Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PMO	= Pengawas Menelan Obat
PMT	= Pemberian Makanan Tambahan
Prokesga	= Profil Kesehatan Keluarga
RUK	= Rencana Usulan Kegiatan
TTD	= Tablet Tambah Darah

CHAPTER 3

PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR: IMUNISASI, TUBERKULOSIS, HIV, DAN PENYAKIT ZOONOSIS

Dr. Meira Erawati, S.Kep., Ns., M.Si.Med.

A. Pendahuluan/Prolog

Penyakit menular masih menjadi salah satu tantangan utama dalam pembangunan kesehatan di berbagai negara, termasuk Indonesia (Aidi et al., 2024). Meskipun kemajuan di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan terus berkembang, penyakit menular tetap berkontribusi besar terhadap angka kesakitan, kematian, serta beban sosial dan ekonomi masyarakat. Penyebaran penyakit menular dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kondisi lingkungan, perilaku manusia, kepadatan penduduk, mobilitas global, serta akses terhadap pelayanan Kesehatan (Funk et al., 2010; Swathika et al., 2025). Oleh karena itu, upaya pencegahan penyakit menular menjadi komponen penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Pencegahan penyakit menular bertujuan untuk memutus rantai penularan sebelum penyakit menimbulkan dampak yang lebih luas. Pendekatan pencegahan tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi juga menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif (Shenson et al., 2012). Strategi ini mencakup peningkatan kesadaran masyarakat, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, pengendalian faktor risiko, serta intervensi kesehatan masyarakat yang terencana dan berkesinambungan. Dalam konteks ini, imunisasi, pengendalian penyakit menular kronis seperti tuberkulosis (TB) dan Human Immunodeficiency Virus (HIV), serta kewaspadaan terhadap penyakit zoonosis memegang peranan yang sangat penting (Kasturia & Girdhar, 2024; Rhode, 2023).

Imunisasi merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit menular yang paling efektif dan terbukti mampu menurunkan angka kejadian, kesakitan, dan kematian akibat berbagai penyakit infeksi (Kroger & Orenstein, 2023). Melalui pembentukan kekebalan tubuh, imunisasi tidak hanya melindungi individu yang menerima vaksin, tetapi juga memberikan perlindungan tidak langsung kepada masyarakat luas melalui kekebalan kelompok (Alam & Rahman, 2016). Namun demikian, cakupan imunisasi yang belum merata, adanya keraguan terhadap vaksin,

serta kendala akses layanan kesehatan masih menjadi tantangan dalam pelaksanaan program imunisasi secara optimal (Mihigo et al., 2017).

Selain penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, tuberkulosis masih menjadi salah satu penyakit menular dengan beban yang tinggi (Xu & Luo, 2021). TB merupakan penyakit infeksi yang penularannya terjadi melalui udara dan sering kali berkaitan dengan faktor sosial ekonomi, kepadatan hunian, serta status gizi dan daya tahan tubuh (Wardani & Wahono, 2018). Upaya pencegahan TB tidak hanya bergantung pada pengobatan penderita, tetapi juga pada deteksi dini, kepatuhan terhadap pengobatan, serta edukasi masyarakat mengenai cara penularan dan pencegahannya. Tanpa upaya pencegahan yang efektif, TB dapat terus menyebar dan menimbulkan masalah kesehatan yang berkepanjangan (Jeffries et al., 2017).

Di sisi lain, infeksi HIV masih menjadi tantangan global karena sifat penularannya yang kompleks dan dampaknya yang luas terhadap kesehatan fisik, psikologis, dan sosial (Battegay et al., 2014). Pencegahan HIV memerlukan pendekatan yang komprehensif, mencakup edukasi mengenai cara penularan, perubahan perilaku berisiko, pemeriksaan dini, serta pengobatan yang berkelanjutan. Stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV juga menjadi hambatan dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit ini, sehingga diperlukan pemahaman yang benar dan berbasis ilmiah di masyarakat (Skinner & Mfecane, 2004).

Penyakit zoonosis, yaitu penyakit yang ditularkan dari hewan ke manusia, semakin mendapatkan perhatian dalam beberapa dekade terakhir. Interaksi yang semakin intens antara manusia, hewan, dan lingkungan meningkatkan risiko munculnya penyakit zoonosis baru maupun berulang (Yasmeen et al., 2022). Perubahan iklim, alih fungsi lahan, serta praktik peternakan dan perdagangan hewan turut berperan dalam meningkatkan potensi penularan. Pencegahan penyakit zoonosis memerlukan pendekatan lintas sektor yang melibatkan bidang kesehatan manusia, kesehatan hewan, dan lingkungan, yang dikenal dengan konsep One Health (Hossain et al., 2025).

Secara keseluruhan, pencegahan penyakit menular memerlukan upaya terpadu yang melibatkan pemerintah, tenaga kesehatan, akademisi, dan masyarakat (Jang et al., 2025). Pendekatan yang terfragmentasi tidak akan cukup untuk mengatasi kompleksitas masalah penyakit menular. Diperlukan kebijakan kesehatan yang kuat, sistem surveilans yang efektif, serta partisipasi aktif masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup sehat (Srikanth et al., 2025).

Berdasarkan latar belakang tersebut, ulasan ini bertujuan untuk membahas secara komprehensif upaya pencegahan penyakit menular dengan fokus pada imunisasi, tuberkulosis, HIV, dan penyakit zoonosis. Pembahasan diharapkan dapat

memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai pentingnya pencegahan sebagai langkah strategis dalam menurunkan beban penyakit menular dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Dengan pemahaman yang baik, diharapkan upaya pencegahan dapat dilakukan secara lebih efektif dan berkelanjutan.

B. Imunisasi

Imunisasi dalam pengertian umum adalah proses pemberian vaksin ke dalam tubuh seseorang untuk merangsang sistem kekebalan sehingga mampu melindungi tubuh dari penyakit menular tertentu. Bila dilihat dari sudut pandang Kesehatan masyarakat, maka imunisasi dapat diartikan sebagai upaya kesehatan preventif yang bertujuan meningkatkan kekebalan individu dan masyarakat terhadap penyakit menular, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian (Barrett, 2014). Menurut WHO imunisasi adalah proses di mana seseorang dibuat kebal atau tahan terhadap suatu penyakit infeksi, biasanya melalui pemberian vaksin. Imunisasi merupakan bagian integral dari strategi promotif dan preventif dalam sistem kesehatan nasional. Masyarakat yang sehat menjadi fondasi utama bagi pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing (Enache, 2012).

Penyakit menular masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia, terutama pada anak-anak. Penyakit seperti campak, polio, tuberkulosis, difteri, dan hepatitis B masih ditemukan di berbagai wilayah (Kiang et al., 2025). Tanpa program imunisasi nasional, risiko penyebaran penyakit akan lebih tinggi dan angka kesakitan serta kematian meningkat. Anak-anak, bayi, ibu hamil, dan orang dengan daya tahan tubuh rendah merupakan kelompok paling rentan terhadap penyakit menular (Sleha et al., 2014a). Program imunisasi nasional memastikan kelompok-kelompok ini mendapatkan perlindungan kesehatan yang merata dan sistematis. Imunisasi secara nasional bertujuan mencegah terjadinya wabah. Jika cakupan imunisasi tinggi, penyebaran penyakit dapat dikendalikan, bahkan dicegah dari munculnya wabah yang berdampak luas pada masyarakat dan sistem pelayanan Kesehatan (J. Zhang, 2019). Secara rinci tujuan imunisasi dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Melindungi Masyarakat dari Penyakit Menular

Pemerintah melaksanakan program imunisasi untuk melindungi masyarakat, khususnya bayi dan anak-anak, dari berbagai penyakit menular yang dapat dicegah dengan vaksin. Melalui pemberian imunisasi secara terjadwal, tubuh individu membentuk kekebalan sehingga risiko tertular penyakit dapat dikurangi secara signifikan (Kroger & Orenstein, 2023).

2. Menurunkan Angka Kesakitan, Kecacatan, dan Kematian

Banyak penyakit menular dapat menyebabkan komplikasi berat, kecacatan permanen, bahkan kematian. Dengan cakupan imunisasi yang tinggi, pemerintah bertujuan menekan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tersebut, sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat meningkat secara keseluruhan (Sleha et al., 2014b).

3. Mencapai Kekebalan Kelompok (Herd Immunity)

Program imunisasi bertujuan menciptakan kekebalan kelompok, yaitu kondisi ketika sebagian besar masyarakat memiliki kekebalan terhadap penyakit tertentu. Kekebalan kelompok dapat memutus rantai penularan dan melindungi individu yang tidak dapat diimunisasi karena usia atau kondisi kesehatan tertentu (Alam & Rahman, 2016).

4. Mengendalikan dan Mengeliminasi Penyakit Tertentu

Melalui pelaksanaan imunisasi secara nasional dan berkelanjutan, pemerintah berupaya mengendalikan bahkan mengeliminasi penyakit tertentu agar tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Upaya ini dilakukan sejalan dengan target pembangunan kesehatan nasional dan komitmen global (Chen et al., 2022).

5. Menjamin Pemerataan Akses Pelayanan Kesehatan

Program imunisasi dilaksanakan secara luas dan merata hingga ke seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil. Hal ini bertujuan memastikan setiap warga negara memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan perlindungan kesehatan tanpa terkendala faktor ekonomi atau geografis (Chen et al., 2022).

6. Mengurangi Beban Sosial dan Ekonomi

Pencegahan penyakit melalui imunisasi dapat mengurangi biaya pengobatan yang harus ditanggung oleh individu, keluarga, dan negara. Selain itu, berkurangnya angka kesakitan akan meningkatkan produktivitas masyarakat dan mengurangi beban ekonomi akibat kehilangan waktu kerja atau sekolah (Abu Sin & Suttorp, 2008).

7. Meningkatkan Kesadaran dan Perilaku Hidup Sehat

Imunisasi juga berfungsi sebagai sarana edukasi kesehatan kepada masyarakat. Melalui program ini, pemerintah mendorong peningkatan kesadaran akan pentingnya pencegahan penyakit dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (Chen et al., 2022).

Dalam program imunisasi ada zat utama yang dikenal sebagai vaksin. Vaksin adalah preparat biologis yang mengandung antigen berupa mikroorganisme yang dilemahkan, dimatikan, atau bagian dari mikroorganisme (misalnya protein atau toksin yang telah diinaktivasi), yang diberikan untuk menstimulasi respons imun adaptif dan membentuk kekebalan jangka panjang terhadap penyakit tertentu

(Jairath et al., 2020). Secara singkat cara kerja vaksin dalam mencegah penyakit dijelaskan dalam mekanisme sebagai berikut:

1. Pengenalan Antigen

Vaksin mengandung antigen, yaitu bagian dari kuman penyebab penyakit yang telah dilemahkan, dimatikan, atau berupa protein/komponen mikroba tertentu. Ketika vaksin diberikan, antigen ini masuk ke tubuh dan dikenali oleh sel imun profesional, seperti sel dendritik dan makrofag, sebagai benda asing.

2. Aktivasi Sistem Kekebalan

Sel dendritik memproses antigen dan menampilkannya pada permukaan melalui MHC (Major Histocompatibility Complex). Sel T helper (CD4+) mengenali antigen ini dan mengaktifkan sel B, yang kemudian berdiferensiasi menjadi:

- a. Sel plasma, yang menghasilkan antibodi spesifik terhadap antigen.
- b. Sel memori B, yang tersimpan untuk respon cepat di masa depan.
- c. Sel T sitotoksik (CD8+) juga dapat teraktivasi jika vaksin merangsang respons seluler, membantu mengenali dan menghancurkan sel yang terinfeksi patogen.

3. Produksi Antibodi

Sel plasma memproduksi antibodi spesifik yang dapat:

- a. Menetralkan kuman atau toksin.
- b. Menandai kuman untuk dihancurkan oleh sel imun lain (opsonisasi).
- c. Mengaktifkan sistem komplemen.

4. Pembentukan Memori Imun

Vaksin membentuk sel memori T dan B. Sel memori ini dapat bertahan bertahun-tahun, sehingga ketika tubuh terpapar patogen yang sama, respons imun menjadi lebih cepat, kuat, dan efektif, sehingga penyakit dapat dicegah atau hanya muncul gejala ringan.

5. Kekebalan Kelompok (Herd Immunity)

Jika sebagian besar populasi mendapatkan vaksin, penyebaran penyakit akan terhambat. Individu yang tidak bisa diimunisasi tetap terlindungi karena transmisi kuman menjadi sulit.

C. Penyakit Menular

Penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan dari satu individu ke individu lain, baik secara langsung maupun tidak langsung, melalui kontak fisik, udara, air, makanan, atau media perantara lainnya. Penyakit menular (communicable disease) adalah kondisi patologis yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit, yang mampu berpindah dari satu makhluk hidup ke makhluk hidup lain dan menimbulkan gejala klinis tertentu (Rajendran et al., 2025).

Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah penyakit menular yang dapat dicegah atau dikurangi risiko infeksiya melalui pemberian vaksin. Vaksin bekerja dengan merangsang sistem kekebalan tubuh untuk mengenali dan melawan penyebab penyakit tanpa menimbulkan gejala berat. Penyakit yang termasuk dalam kelompok ini antara lain (Heurter & Langman, 2005):

1. Campak (Measles)
 - a. Agen penyebab: Virus Morbillivirus
 - b. Cara penularan: Melalui udara (droplet) dari bersin atau batuk penderita; juga dapat melalui kontak langsung dengan sekret hidung atau tenggorokan.
2. Polio (Poliomyelitis)
 - a. Agen penyebab: Virus poliovirus
 - b. Cara penularan: Feses-mulut (fecal-oral), kontak dengan air atau makanan yang terkontaminasi; jarang melalui droplet.
3. Difteri
 - a. Agen penyebab: Bakteri *Corynebacterium diphtheriae*
 - b. Cara penularan: Droplet dari batuk atau bersin penderita; kontak langsung dengan luka atau lendir terinfeksi.
4. Tetanus
 - a. Agen penyebab: Bakteri *Clostridium tetani*
 - b. Cara penularan: Masuk melalui luka atau sayatan yang terkontaminasi spora bakteri; tidak menular antarindividu.
5. Pertusis (Batuk Rejan)
 - a. Agen penyebab: Bakteri *Bordetella pertussis*
 - b. Cara penularan: Droplet dari batuk atau bersin penderita; sangat menular terutama pada bayi.
6. Hepatitis B
 - a. Agen penyebab: Virus Hepatitis B
 - b. Cara penularan: Cairan tubuh (darah, air mani, cairan vagina); kontak seksual, transfusi darah, jarum suntik bersama, ibu ke bayi saat lahir.
7. *Haemophilus influenzae* tipe b (Hib)
 - a. Agen penyebab: Bakteri *Haemophilus influenzae* tipe b
 - b. Cara penularan: Droplet dari batuk atau bersin, kontak langsung dengan sekret saluran pernapasan.
8. Pneumokokus
 - a. Agen penyebab: Bakteri *Streptococcus pneumoniae*
 - b. Cara penularan: Droplet dari batuk atau bersin; dapat menyebabkan pneumonia, meningitis, atau infeksi darah.

9. Rotavirus
 - a. Agen penyebab: Virus rotavirus
 - b. Cara penularan: Feses-mulut, melalui tangan, makanan, atau permukaan yang terkontaminasi; menyebabkan diare berat pada bayi dan anak.
10. Rubella (Campak Jerman)
 - a. Agen penyebab: Virus rubella
 - b. Cara penularan: Droplet dari batuk atau bersin penderita; sangat berbahaya bagi ibu hamil karena dapat menyebabkan cacat janin.

D. Tuberkulosis (TBC)

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini paling sering menyerang paru-paru, tetapi juga dapat mengenai organ lain seperti kelenjar getah bening, tulang, sendi, ginjal, dan otak (Bonfioli et al., 2005). Insiden TBC di Indonesia diperkirakan sekitar 388–387 kasus per 100.000 penduduk per tahun pada 2023–2024. Ini berarti setiap 100.000 orang di Indonesia ada sekitar 387–388 kasus TBC baru setiap tahun. Jumlah total kasus TBC tahunan di Indonesia diperkirakan lebih dari 1 juta kasus (estimasi Kemenkes) dengan sebagian baru terdeteksi. Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan prevalensi TBC berbasis bukti bakteriologi bisa mencapai ratusan per 100.000 penduduk, dengan variasi antar wilayah dan metode diagnosis. Untuk anak-anak (0–14 tahun), survei kesehatan nasional 2023 mencatat prevalensi sekitar 241 per 100.000 anak. Prevalensi TBC tidak merata di seluruh Indonesia; beberapa wilayah misalnya Papua menunjukkan angka yang lebih tinggi dibandingkan daerah lain. Tingginya angka kasus yang belum terdeteksi atau dilaporkan masih menjadi tantangan dalam pengendalian TBC (Rukmini et al., 2025).

Infeksi TBC bermula ketika seseorang menghirup udara yang mengandung kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman ini berasal dari percikan dahak (droplet nuclei) yang keluar saat penderita TBC paru aktif batuk, bersin, berbicara, atau bernyanyi. Droplet ini sangat kecil sehingga dapat bertahan lama di udara, terutama di ruangan tertutup dengan ventilasi buruk (LoBue et al., 2010). Droplet yang terhirup akan masuk ke Hidung, Tenggorokan, Saluran napas Bawah, dan pada akhirnya sampai di Alveoli paru-paru. Di alveoli, kuman TBC mulai berinteraksi dengan sistem imun tubuh. Setelah kuman masuk ke paru, Sel imun (makrofag) berusaha menelan dan menghancurkan kuman. Pada sebagian orang, sistem imun berhasil mengendalikan kuman, tetapi tidak membunuh sepenuhnya. Kondisi tertentu disebut sebagai infeksi laten TBC, Ketika kita mendapati penderita Tidak bergejala, Tidak menular, dan Kuman “tidur” dalam tubuh. Jika daya tahan tubuh menurun, kuman dapat berkembang biak dan menyebabkan TBC aktif

(Nueremberger et al., 2004). Beberapa faktor yang meningkatkan risiko TBC pada seseorang adalah status Gizi buruk, menderita HIV/AIDS, Diabetes melitus, keiasaan Merokok, Usia anak-anak dan lansia, serta Lingkungan padat dan ventilasi buruk (Nguyen & Hoang, 2024; Torpey et al., 2020). Pada fase ini penderita akan menunjukkan munculnya gejala klinis, Kuman berkembang di paru atau organ lain, dan infeksi pada fase ini dapat menular ke orang lain. Penyebaran ke organ lain (TBC ekstra paru) melalui aliran darah atau sistem limfatik, kuman dapat menyebar ke Kelenjar getah bening, Tulang dan sendi, Ginjal dan Selaput otak (TB meningitis).

Cara penularan TBC dari satu orang ke orang lain adalah melalui percikan dahak (droplet) di udara saat penderita TB paru batuk, bersin, atau berbicara (Sarkar, 2025). Saat seseorang sudah terinfeksi TBC, maka akan menunjukkan gejala utama, antara lain:

1. Batuk ≥ 2 minggu (kadang disertai dahak atau darah)
2. Demam ringan terutama sore/malam hari
3. Keringat malam
4. Penurunan berat badan dan nafsu makan
5. Lemas

Penegakan diagnosis TBC dilakukan dengan pemeriksaan dahak (BTA), Tes Cepat Molekuler (TCM), foto rontgen dada, dan pemeriksaan penunjang lain (Caulfield & Wengenack, 2016; Shah et al., 2023). Penanganan medis untuk penderita Tuberkulosis (TBC) dilakukan secara terstandar, terintegrasi, dan jangka panjang untuk memastikan kesembuhan serta mencegah penularan dan resistensi obat. Prinsip utama penanganan TBC adalah Menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) kombinasi yang harus dikonsumsi teratur setiap hari. Durasi pengobatan TBC minimal 6 bulan, dan tidak boleh terputus, serta dilakukan dengan strategi DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) (Ben Amar et al., 2015). TBC dapat disembuhkan jika diobati dengan benar dan tuntas, namun berbahaya bila tidak diobati karena dapat menimbulkan komplikasi dan menularkan ke orang lain. Berikut adalah tata cara pengobatan TBC

1. Sensitif Obat (TBC SO), Regimen standar (6 bulan):
 - a. Fase Intensif (2 bulan): Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E); Disingkat: 2HRZE
 - b. Fase Lanjutan (4 bulan): Isoniazid (H) dan Rifampisin (R); Disingkat: 4HRObat biasanya diberikan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk meningkatkan kepatuhan. Setelah 2–4 minggu pengobatan teratur, daya penularan biasanya menurun signifikan.
2. Pengobatan TBC Resistan Obat (TBC RO / MDR-TB). Jika kuman TBC resistan terhadap rifampisin atau isoniazid:

- a. Durasi pengobatan 9–24 bulan
- b. Menggunakan obat lini kedua, seperti: Bedakuin, Linezolid, Klofazimin, Levofloksasin/Moksifloksasin.

Pengobatan TBC merupakan pengobatan jangka Panjang sehingga perlu upaya Pemantauan dan evaluasi untuk mengukur tingkat keberhasilan pengobatan yang diberikan (Ngouama et al., 2025). Pemantauan ini dilakukan dengan cara:

- a. Pemeriksaan dahak ulang (bulan ke-2, ke-5, dan akhir pengobatan)
- b. Pemantauan efek samping OAT (mual, gangguan hati, gangguan penglihatan)
- c. Penilaian kepatuhan minum obat
- d. Penilaian status gizi

Program pengobatan utama yang diberikan kepada pasien TBC akan lebih efektif bila disertai dengan penanganan pendukung (Khachadourian et al., 2015; S.-K. Zhang et al., 2020). Selain OAT, penderita juga mendapatkan:

- a. Edukasi kesehatan (kepatuhan, etika batuk)
- b. Perbaikan gizi
- c. Pengobatan penyakit penyerta (HIV, DM)
- d. Dukungan keluarga dan petugas Kesehatan

Setelah selesai menjalani program pengobatan, maka hasil akhir dari program tersebut pasien akan dinyatakan Sembuh (jika pengobatan tuntas), Gagal (jika kuman tetap positif), Putus berobat (drop out), atau Relaps (kambuh). Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit infeksi yang dapat menular dari satu orang ke orang lain. Oleh karena itu, bila terdapat penderita TBC di suatu lingkungan, perlu dilakukan beberapa Tindakan yang dapat mencegah penularan tersebut, antara lain:

- a. Menggunakan masker (terutama awal pengobatan) sampai dinyatakan tidak menular
- b. Pengaturan Ventilasi rumah yang baik, Membuka jendela setiap hari, Sirkulasi udara baik, Sinar matahari membantu membunuh kuman TBC
- c. Menerapkan Etika batuk yang benar, dimana saat batuk pasien menutup mulut dan hidung dengan tisu atau siku bagian dalam
- d. Tidak meludah sembarangan

Penyakit TBC dapat dicegah dengan beberapa cara. Pencegahan primer untuk mencegah terjadinya infeksi dan peningkatan perilaku hidup bersih sehat. Pencegahan primer dapat dilakukan dengan pemberian imunisasi BCG pada bayi usia 0-1 bulan. Imunisasi BCG dapat mencegah TBC berat (TB meningitis, TB milier) pada anak (de Pontual & Gaudelus, 2004). Perilaku hidup bersih dan sehat

(PHBS) dapat dilakukan dengan cara Menjaga kebersihan diri, Tidak merokok, Konsumsi gizi seimbang, dan Olahraga teratur. Pencegahan sekunder dilakukan dengan tujuan untuk skrining dan deteksi dini. Pencegahan sekunder dilakukan dengan cara Pemeriksaan dahak bagi orang dengan batuk ≥ 2 minggu, dan Pemeriksaan TCM bila berisiko tinggi (Zellweger, 2020). Pencegahan tersier bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi, yang dapat dilakukan dengan Kontrol rutin selama pengobatan, Penanganan efek samping obat, serta Pemulihan status gizi dan kondisi fisik (Kim et al., 2021).

E. HIV

Infeksi HIV adalah kondisi ketika virus Human Immunodeficiency Virus (HIV) masuk dan berkembang biak di dalam tubuh seseorang, sehingga secara bertahap merusak sistem kekebalan tubuh, khususnya sel CD4 (Sarfraz et al., 2024). Data historis menunjukkan bahwa angka insidensi HIV di Indonesia pernah mencapai sekitar 46.000–50.000 kasus baru per tahun (estimasi pada akhir 2010-an) sebelum adanya intervensi lebih kuat, dan kemungkinan tetap berada di puluhan ribu kasus baru per tahun pada dekade berikutnya meskipun tren menurun secara perlahan. Perkembangan terbaru kasus HIV menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada 2024 jumlah kasus HIV yang dilaporkan mencapai lebih dari 63.000 kasus (termasuk AIDS), yang mencerminkan angka temuan baru yang tinggi dalam satu tahun pelaporan. Sementara itu, berdasarkan estimasi kemajuan deteksi, terdapat sekitar 564.000 orang hidup dengan HIV (ODHIV) di Indonesia pada 2025, dengan tingkat pengobatan dan supresi virus yang beragam, namun angka insidensi tahunan tetap menunjukkan tantangan besar dalam pengendalian penularan.

Seseorang dapat terinfeksi virus HIV dan menjadi AIDS melalui mekanisme sistem pertahanan tubuh yang kompleks (Sahoo et al., 2015). Diawali dengan masukkan virus HIV ke dalam tubuh dengan melalui Hubungan seksual tidak aman, Darah (jarum suntik, transfusi), maupun Penularan ibu ke anak. Selanjutnya Virus HIV masuk ke aliran darah dan menuju sel target utama. HIV memiliki protein gp120 yang memungkinkannya untuk Menempel pada reseptor CD4 dan Berikatan dengan koreseptor CCR5 atau CXCR4. Setelah menempel, virus masuk ke dalam sel CD4 (limfosit T helper). Di dalam sel CD4 terjadi beberapa tahap, pertama Reverse transcription dimana RNA virus diubah menjadi DNA oleh enzim reverse transcriptase, kedua Integrasi yang memungkinkan DNA virus masuk ke DNA sel manusia dengan bantuan enzim integrase. Tahap ketiga adalah Transkripsi dan translasi dimana Sel memproduksi protein virus baru, dan tahap keempat adalah Perakitan dan pematangan dengan hasil Virus baru keluar dari sel dengan bantuan

enzim protease. Setelah keempat tahap ini berjalan, maka Sel CD4 akhirnya rusak dan mati.

Pada saat terjadi penurunan jumlah sel CD4, sedangkan Replikasi HIV terus berlangsung, maka Jumlah sel CD4 menurun secara progresif dan Sistem imun menjadi lemah (Ipp & Zemlin, 2013). Akibatnya Tubuh tidak mampu melawan infeksi dan keganasan. Berikut ini gambaran respon imun tubuh dan fase klinis yang terjadi pada pasien yang terinfeksi HIV:

1. Fase akut:
 - a. Viral load sangat tinggi
 - b. Penurunan CD4 sementara
 - c. Gejala mirip flu
2. Fase laten (kronis):
 - a. Virus tetap aktif tetapi lambat
 - b. CD4 menurun perlahan
 - c. Tanpa gejala bertahun-tahun
3. Fase AIDS:
 - a. $CD4 < 200 \text{ sel/mm}^3$
 - b. Muncul infeksi oportunistik dan kanker terkait AIDS. Infeksi oportunistik terjadi Akibat immunosupresi, sehingga muncul infeksi seperti Tuberkulosis, Pneumonia (*Pneumocystis jirovecii*), Candidiasis, Toksoplasmosis, dan Sarkoma Kaposi (Bolduc et al., 2016)

HIV menular dari satu individu ke individu yang lain dengan berbagai cara. Berikut ini penjelasan singkat tentang mekanisme penularan tersebut:

1. Mekanisme penularan utama
 - a. Hubungan seksual tidak aman
 - b. Tanpa kondom (vaginal, anal, oral berisiko lebih rendah)
 - c. Virus masuk melalui mikrolesi pada mukosa
 - d. Risiko lebih tinggi pada:
 - 1) Berganti-ganti pasangan
 - 2) Adanya IMS
 - 3) Hubungan anal reseptif
2. Penularan melalui darah
 - a. Penggunaan jarum suntik Bersama
 - b. Alat medis atau tato yang tidak steril
 - c. Transfusi darah terkontaminasi (sangat jarang saat ini karena skrining)
3. Penularan ibu ke anak (vertikal)
 - a. Kehamilan (melalui plasenta)
 - b. Persalinan

c. Menyusui

Beberapa kondisi bisa menjadi Faktor yang akan meningkatkan risiko penularan HIV dari satu individu kepada individu yang lain. Kondisi ini antara lain: Viral load tinggi (fase akut), tidak menggunakan kondom, Luka atau peradangan pada mukosa, Penyakit menular seksual lain, dan Tidak menjalani terapi ARV (Korobchuk et al., 2019). Meskipun HIV mudah menular, namun HIV tidak menular melalui Sentuhan, pelukan, bersalaman, Berbagi makanan/minuman, Batuk atau bersin, Gigitan nyamuk, Air liur, keringat, dan air mata (Jaffe, 2023).

Prinsip dasar diagnosis HIV. Diagnosis HIV tidak berdasarkan gejala saja, tetapi harus melalui pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi: Antibodi HIV, Antigen HIV, atau materi genetik virus (RNA HIV) (Pitasi et al., 2020). Tahapan pemeriksaan diagnosis HIV

1. Tes skrining HIV, Digunakan sebagai pemeriksaan awal.

Metode yang umum digunakan:

- a. Tes cepat HIV (rapid test)
- b. ELISA

Mendeteksi antibodi HIV atau kombinasi antigen–antibody

Hasil:

- a. Non-reaktif → kemungkinan tidak terinfeksi
- b. Reaktif → perlu pemeriksaan lanjutan

2. Tes konfirmasi HIV, Dilakukan jika tes skrining reaktif. Strategi diagnosis di Indonesia:

- a. Menggunakan 3 reagen tes HIV dengan prinsip berbeda
- b. Diagnosis ditegakkan bila minimal 2 dari 3 tes reaktif

Jika hasil tidak konsisten, pemeriksaan diulang setelah masa jendela.

3. Tes molekuler (bila diperlukan)

- a. Pemeriksaan HIV RNA (viral load)
- b. Digunakan pada:
 - 1) Bayi dari ibu HIV positif
 - 2) Kasus khusus (fase akut)
 - 3) Monitoring terapi ARV

4. Masa jendela (window period)

- a. Waktu antara paparan HIV hingga tes menjadi positif
- b. Umumnya 2–12 minggu
- c. Pada masa ini, hasil tes bisa negatif palsu

Tes ulang dianjurkan bila ada risiko tinggi.

5. Penegakan diagnosis AIDS. Seseorang didiagnosis AIDS bila:

- a. Terbukti HIV positif

- b. Salah satu kondisi berikut:
 - 1) $CD4 < 200 \text{ sel/mm}^3$
 - 2) Mengalami infeksi oportunistik tertentu (misalnya TB, PCP, toksoplasmosis, sarkoma Kaposi)
- 6. Pemeriksaan lanjutan setelah diagnosis. Setelah HIV terkonfirmasi, dilakukan:
 - a. Hitung CD4
 - b. Viral load HIV
 - c. Pemeriksaan infeksi oportunistik (TB, hepatitis)
 - d. Pemeriksaan fungsi hati dan ginjal

Pengobatan HIV dilakukan dengan Terapi Antiretroviral (ARV) yang bertujuan mengendalikan virus, menjaga sistem imun, dan mencegah progresi ke AIDS (Ganguly & Chakraborty, 2022). Meskipun HIV belum dapat disembuhkan, pengobatan yang tepat memungkinkan penderita hidup sehat dan produktif. Tujuan pengobatan HIV antara lain Menurunkan jumlah virus (viral load) hingga tidak terdeteksi, Meningkatkan dan mempertahankan jumlah sel CD4, Mencegah infeksi oportunistik, Menurunkan risiko penularan (U=U: Undetectable = Untransmittable), dan Meningkatkan kualitas dan harapan hidup

Terapi Antiretroviral adalah kombinasi beberapa obat yang bekerja pada tahap replikasi virus yang berbeda (Ganguly & Chakraborty, 2022). Prinsip terapi ARV antara lain dimulai sedini mungkin setelah diagnosis HIV, diminum seumur hidup, setiap hari dan teratur, dan tidak boleh putus tanpa pengawasan medis. Pemantauan selama pengobatan dilakukan secara berkala terhadap Viral load HIV (untuk menilai keberhasilan terapi), Hitung CD4, Pemeriksaan fungsi hati dan ginjal, serta Evaluasi efek samping dan kepatuhan (Burman & Hawkins, 2025; Rice et al., 2019; Sedláček et al., 2025). Target utama pengobatan adalah viral load tidak terdeteksi dalam 6–12 bulan. Dalam setiap pengobatan akan menimbulkan efek samping. Demikian juga dengan pemberian ARV. Efek samping ARV umumnya ringan dan sementara, seperti Mual, pusing, Gangguan tidur, Ruam kulit, Gangguan fungsi hati atau ginjal (jarang). Penderita perlu melakukan kontrol rutin, tanpa menghentikan obat sendiri

Pengobatan infeksi oportunistik dilakukan bila sudah terjadi infeksi oportunistik. Pengobatan disesuaikan dengan infeksi yang terjadi, misal infeksi TB diobati dengan OAT sesuai pedoman, Kandidiasis diberikan antijamur, Toksoplasmosis diberikan terapi spesifik (Ganguly & Chakraborty, 2022). Pengobatan tersebut dilakukan bersamaan atau sebelum ARV sesuai kondisi klinis. Di samping pengobatan ARV, penderita AIDS juga perlu mendapat pendampingan dalam bentuk terapi yang lain untuk mengoptimalkan kondisi kesehatannya. Terapi ini bisa dalam bentuk dukungan non-medis seperti Konseling dan edukasi,

dukungan keluarga, nutrisi seimbang, serta Pencegahan penularan (kondom, tidak berbagi jarum).

Pencegahan infeksi HIV dilakukan dengan kombinasi perilaku aman, intervensi medis, dan pendekatan kesehatan masyarakat (Coates et al., 2014; Threats et al., 2021; Wu & Scott, 2020). Berikut pencegahan yang dapat dilakukan:

1. Pencegahan melalui Perilaku Aman
 - a. Menggunakan kondom secara konsisten dan benar pada setiap hubungan seksual (vaginal, anal, maupun oral berisiko).
 - b. Setia pada satu pasangan yang telah dipastikan status HIV-nya negatif.
 - c. Tidak berganti-ganti pasangan seksual, karena meningkatkan risiko paparan HIV.
 - d. Menghindari penggunaan narkoba suntik, atau bila tidak dapat dihindari, gunakan jarum suntik steril dan tidak bergantian.
2. Pencegahan melalui Intervensi Medis
 - a. Tes HIV secara rutin, terutama bagi kelompok berisiko, agar infeksi dapat diketahui dan ditangani sedini mungkin.
 - b. Profilaksis Pra-Pajanan (PrEP). Obat antiretroviral yang diminum oleh orang HIV-negatif untuk mencegah infeksi HIV, terutama pada individu dengan risiko tinggi.
 - c. Profilaksis Pasca-Pajanan (PEP). Obat antiretroviral yang diminum maksimal 72 jam setelah pajanan berisiko, selama 28 hari.
 - d. Pengobatan antiretroviral (ARV) pada ODHA. ODHA yang rutin minum ARV hingga viral load tidak terdeteksi **tidak menularkan HIV secara seksual (prinsip Undetectable = Untransmittable / U=U).
3. Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
 - a. Skrining HIV pada ibu hamil.
 - b. Pemberian ARV sedini mungkin pada ibu hamil dengan HIV.
 - c. Persalinan dan pemberian makan bayi sesuai rekomendasi medis, serta profilaksis ARV pada bayi.
4. Pencegahan melalui Keamanan Layanan Kesehatan
 - a. Skrining darah donor sebelum transfusi.
 - b. Sterilisasi alat medis dengan benar.
 - c. Penerapan kewaspadaan standar (universal precautions) oleh tenaga kesehatan.
5. Edukasi dan Pendekatan Sosial
 - a. Edukasi kesehatan reproduksi dan seksual yang komprehensif.
 - b. Mengurangi stigma dan diskriminasi, sehingga orang tidak takut melakukan tes HIV dan berobat.

- c. Meningkatkan akses layanan kesehatan HIV yang ramah dan mudah dijangkau.

F. Penyakit Zoonosis

Zoonosis merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit, atau jamur yang secara alami hidup pada hewan dan dapat menginfeksi manusia. Penyakit ini ditularkan dari hewan ke manusia, baik secara langsung maupun tidak langsung (Chaudhuri et al., 2024). Insiden penyakit zoonosis di Indonesia cukup signifikan, khususnya rabies yang masih menunjukkan angka kasus dan kematian setiap tahun. Selain itu, penyakit lain seperti leptospirosis, influenza zoonosis, dan zoonosis bakteri/parasit juga menjadi perhatian kesehatan masyarakat. Pemerintah Indonesia terus memperkuat surveilans dan strategi pengendalian melalui pendekatan One Health (kolaborasi antara kesehatan manusia, hewan, dan lingkungan) untuk mengurangi kejadian zoonosis.

Penyakit zoonosis ini sangat beragam dengan tingkat kesakitan mulai dari yang hanya menunjukkan gejala ringan, sampai dapat mengakibatkan kematian (Wang & Crameri, 2014). Berbagai Penyakit Zoonosis yang banyak terjadi di Indonesia antara lain:

1. Zoonosis karena Virus
 - a. Rabies → melalui gigitan hewan (anjing, kucing, kelelawar)
 - b. Avian Influenza (Flu Burung) → kontak dengan unggas terinfeksi
 - c. COVID-19 → diduga berasal dari hewan
 - d. Nipah → dari kelelawar ke manusia
 - e. Monkeypox (Mpox) → dari hewan ke manusia
2. Zoonosis karena Bakteri
 - a. Leptospirosis → dari urin tikus melalui air/luka
 - b. Antraks → dari ternak (sapi, kambing)
 - c. Bruselosis → dari susu/daging tidak matang
 - d. Salmonellosis → dari hewan ternak dan unggas
 - e. Pes (Plague) → dari tikus melalui pinjal
3. Zoonosis karena Parasit
 - a. Toksoplasmosis → dari kotoran kucing
 - b. Taeniasis (cacing pita) → dari daging tidak matang
 - c. Malaria zoonotik → dari primata ke manusia
4. Zoonosis karena Jamur

Dermatofitosis (kurap) → dari hewan peliharaan ke manusia

Patofisiologi infeksi zoonosis menjelaskan bagaimana agen infeksi dari hewan dapat masuk ke tubuh manusia, berkembang, dan menimbulkan penyakit (Kundu et

al., 2024). Secara umum, mekanismenya relatif serupa meskipun agen penyebabnya berbeda (virus, bakteri, parasit, jamur).

1. Cara Masuk Agen ke Tubuh Manusia (Portal of Entry). Agen zoonosis masuk ke tubuh manusia melalui: Kulit/luka terbuka, Mukosa (mulut, hidung, mata), Saluran pernapasan, Saluran pencernaan, Gigitan atau cakaran hewan, Vektor (nyamuk, kutu, pinjal).
2. Perlekatan dan Invasi.
 - a. Setelah masuk: Patogen melekat pada sel inang menggunakan reseptor spesifik,
 - b. Terjadi invasi jaringan atau replikasi di sel target
 - c. Virus: masuk ke sel dan bereplikasi intraseluler
 - d. Bakteri: berkembang biak di jaringan atau darah
 - e. Parasit: bermigrasi ke organ target
3. Penyebaran dalam Tubuh (Diseminasi). Agen infeksi menyebar melalui: Aliran darah (bakteremia/viremia), Sistem limfatik, Saraf perifer (khas rabies). Penyebaran menentukan organ yang terdampak, misalnya Paru → pneumonia (influenza zoonotik), Hati & ginjal → leptospirosis, Sistem saraf pusat → rabies, Saluran cerna → salmonellosis
4. Respons Imun Inang. Saat terjadi invasi pathogen, maka tubuh merespons dengan:
 - a. Imunitas innate (makrofag, neutrofil, sitokin)
 - b. Imunitas adaptif (limfosit T dan B, antibodi)Kerusakan jaringan terjadi karena Efek langsung pathogen dan Respons imun berlebihan (cytokine storm, inflamasi)
5. Manifestasi Klinis
Akibat interaksi patogen dan imun maka timbul berbagai reaksi tubuh dalam bentuk Demam, Nyeri otot, Gangguan organ spesifik (neurologis, respirasi, gastrointestinal), Pada kasus berat → sepsis, gagal organ, kematian.
6. Faktor yang Memengaruhi Keparahan Penyakit antara lain Virulensi pathogen, Dosis paparan, Status imun manusia, Kondisi lingkungan (sanitasi, kepadatan hewan), serta Kecepatan diagnosis dan terapi

Pencegahan penyakit zoonosis dilakukan melalui pendekatan terpadu yang melibatkan manusia, hewan, dan lingkungan (One Health) (Singh, 2024). Berikut penjelasan yang sistematis dan mudah dipahami:

1. Pencegahan pada Manusia
 - a. Menjaga kebersihan diri (cuci tangan dengan sabun setelah kontak dengan hewan).
 - b. Menghindari kontak langsung dengan hewan liar atau hewan yang sakit.

- c. Menggunakan alat pelindung diri (APD) saat bekerja dengan hewan (sarung tangan, masker, sepatu bot).
 - d. Mengonsumsi makanan hewani yang matang sempurna (daging, telur, susu).
 - e. Vaksinasi pada manusia bila tersedia (misalnya vaksin rabies pada kelompok risiko).
 - f. Pemeriksaan kesehatan rutin bagi pekerja peternakan, RPH, dan tenaga kesehatan hewan.
2. Pencegahan pada Hewan
 - a. Vaksinasi hewan peliharaan dan ternak (misalnya vaksin rabies).
 - b. Pemeriksaan kesehatan hewan secara berkala.
 - c. Karantina hewan sakit untuk mencegah penularan.
 - d. Pengendalian populasi hewan liar dan hewan pembawa penyakit.
 - e. Penerapan biosekuriti di peternakan.
 3. Pencegahan melalui Lingkungan
 - a. Pengelolaan limbah dan sanitasi lingkungan yang baik.
 - b. Pengendalian vektor (tikus, nyamuk, lalat, pinjal).
 - c. Pengelolaan kandang dan lingkungan peternakan agar bersih dan kering.
 - d. Pencegahan banjir dan genangan air (penting untuk leptospirosis).
 4. Pencegahan di Pelayanan Kesehatan
 - a. Skrining penyakit zoonosis pada kasus berisiko.
 - b. Sterilisasi alat medis dan veteriner.
 - c. Penerapan kewaspadaan standar oleh tenaga kesehatan.
 - d. Pelaporan cepat dan respons dini terhadap Kejadian Luar Biasa (KLB) zoonosis.
 5. Edukasi dan Kebijakan Kesehatan
 - a. Edukasi masyarakat tentang risiko dan cara penularan zoonosis.
 - b. Penguatan surveilans penyakit pada manusia dan hewan.
 - c. Kolaborasi lintas sektor (kesehatan, peternakan, lingkungan).
 - d. Penerapan kebijakan nasional berbasis One Health.

G. Referensi

-
- Abu Sin, M., & Suttorp, N. (2008). Prevention of infectious diseases in industrialized countries. *Internist*, 49(2), 162–169. <https://doi.org/10.1007/s00108-007-1996-5>
- Aidi, M. N., Aditra, T. R., Ernawati, F., Nurjanah, N., Efriwati, E., Julianti, E. D., Sundari, D., Retiaty, F., Rachmawati, R., Dewi, R. M., & Widoretno, W. (2024). Clustering of Communicable Diseases in Indonesia and the Factors that Affect Them: 2018 Basic Health Research Data Statistical Review. *Journal of Population and Social Studies*, 33, 88–109. <https://doi.org/10.25133/JPSSV332025.005>

- Alam, M. J., & Rahman, M. F. (2016). Herd Immunity: A Brief Review. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, 25(2), 392–395.
- Barrett, A. D. T. (2014). Licensed Vaccines for Humans. In G. N. Milligan & A. D. T. Barrett (Eds.), *Vaccinology: An Essential Guide* (pp. 152–180). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118638033.ch9>
- Battegay, M., Haerry, D. H.-U., Fehr, J., Staehelin, C., Wandeler, G., & Elzi, L. (2014). Psychosocial aspects on the treatment of HIV-infection. *Therapeutische Umschau*, 71(8), 509–513. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000545>
- Ben Amar, J., Dhahri, B., Aouina, H., Azzabi, S., Baccar, M. A., El Gharbi, L., & Bouacha, H. (2015). Tuberculosis treatment. *Revue de Pneumologie Clinique*, 71(2–3), 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2014.09.001>
- Bolduc, P., Roder, N., Colgate, E., & Cheeseman, S. H. (2016). Care of Patients With HIV Infection: Medical Complications and Comorbidities. *FP Essentials*, 443, 16–22.
- Bonfioli, A. A., De Miranda, S. S., Campos, W. R., & Orefice, F. (2005). Tuberculosis. *Seminars in Ophthalmology*, 20(3), 169–175. <https://doi.org/10.1080/08820530500231912>
- Burman, W. J., & Hawkins, K. L. (2025). Toward Evidence-based Recommendations for Laboratory Monitoring for Adolescents and Adults on Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 81(1), 113–118. <https://doi.org/10.1093/cid/ciae542>
- Caulfield, A. J., & Wengenack, N. L. (2016). Diagnosis of active tuberculosis disease: From microscopy to molecular techniques. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 4, 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2016.05.005>
- Chaudhuri, S., Biswas, S., & Rana, T. (2024). Introduction. In T. Rana (Ed.), *The Handbook of Zoonotic Diseases of Goats* (pp. 1–17). CABI International. <https://doi.org/10.1079/9781800622852.0001>
- Chen, S., Yao, L., Wang, W., & Tang, S. (2022). Developing an effective and sustainable national immunisation programme in China: Issues and challenges. *The Lancet Public Health*, 7(12), e1064–e1072. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00171-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00171-2)
- Coates, T. J., Kulich, M., Celentano, D. D., Zelaya, C. E., Chariyalertsak, S., Chingono, A., Gray, G., Mbwapbo, J. K. K., Morin, S. F., Richter, L., Sweat, M., van Rooyen, H., McGrath, N., Fiamma, A., Laeyendecker, O., Piwowar-Manning, E., Szekeres, G., Donnell, D., & Eshleman, S. H. (2014). Effect of community-based voluntary counselling and testing on HIV incidence and social and behavioural outcomes (NIMH Project Accept; HPTN 043): A cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*, 2(5), e267–e277. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70032-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70032-4)

- de Pontual, L., & Gaudelus, J. (2004). Diagnosis of and vaccination for tuberculosis in children: Current and future approaches. *Vaccines: Children and Practice*, 7(2), 28–31.
- Enache, E. M. (2012). Immunization. In *Encyclopedia of Immigrant Health* (pp. 889–891). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5659-0_392
- Funk, S., Salathé, M., & Jansen, V. A. A. (2010). Modelling the influence of human behaviour on the spread of infectious diseases: A review. *Journal of the Royal Society Interface*, 7(50), 1247–1256. <https://doi.org/10.1098/rsif.2010.0142>
- Ganguly, S., & Chakraborty, D. (2022). Antiretroviral therapy. In A. K. Dhara & A. K. Nayak (Eds.), *Viral Infections and Antiviral Therapies* (pp. 263–283). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91814-5.00027-1>
- Heurter, H., & Langman, E. (2005). Vaccines and the infant's immune system—What nurses need to know. *The Canadian Nurse*, 101(1), 15–17.
- Hossain, H., Chowdhury, Md. S. R., Khan, S. S., Ahmad, T., Brishty, K. A., Rahman, M., Rahman, M. N., Akter, S., Nitu, A. S., Koly, J. S., Haque, M. S., Mashrur, Md. N., Imranuzzaman, Md., Akhtar, T., Mahmud, M. S., Alam, Md. S., Rahman, Md. M., & Rahman, Md. M. (2025). Emerging Zoonotic Diseases: Epidemiology, Public Health Impact, and the Urgent Need for a Unified “One Health” Approach. *Pakistan Veterinary Journal*, 45(1), 36–47. <https://doi.org/10.29261/pakvetj/2025.115>
- Ipp, H., & Zemlin, A. (2013). The paradox of the immune response in HIV infection: When inflammation becomes harmful. *Clinica Chimica Acta*, 416, 96–99. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2012.11.025>
- Jaffe, H. W. (2023). Responding to Fears: Real and Imagined Threats. In K. M. De Cock, H. W. Jaffe, J. W. Curran, & R. Moseley (Eds.), *Dispatches from the AIDS Pandemic: A Public Health Story* (pp. 102–116). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197626528.003.0010>
- Jairath, B., Myers, A. K., & Widome, M. D. (2020). Childhood Immunizations. In J. B. Benson (Ed.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (pp. 288–296). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23580-3>
- Jang, Y., Lee, H., & Park, H. (2025). Surveillance System for Infectious Disease Prevention and Management: Direction of Korea's Infectious Disease Surveillance System. *Journal of Korean Medical Science*, 40(8). <https://doi.org/10.3346/jkms.2025.40.e108>
- Jeffries, C., LoBue, P., Chorba, T., Metchock, B., & Kashef, I. (2017). Role of the health department in tuberculosis prevention and control-legal and public health considerations. In D. Schlossberg (Ed.), *Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections* (pp. 261–282). wiley. <https://doi.org/10.1128/9781555819866.ch15>

- Kasturia, S., & Girdhar, D. (2024). Leveraging mass media for disseminating information on health awareness days. *Discover Global Society*, 2(1). <https://doi.org/10.1007/s44282-024-00045-9>
- Khachadourian, V., Truzyan, N., Harutyunyan, A., Thompson, M. E., Harutyunyan, T., & Petrosyan, V. (2015). People-centered tuberculosis care versus standard directly observed therapy: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0802-2>
- Kiang, M. V., Bubar, K. M., Maldonado, Y., Hotez, P. J., & Lo, N. C. (2025). Modeling Reemergence of Vaccine-Eliminated Infectious Diseases Under Declining Vaccination in the United States. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 80(12), 750–751. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0001176352.04639.32>
- Kim, H. Y., Cho, J.-G., Akkerman, O. W., Padanilam, X., Seaworth, B., & Alffenaar, J.-W. C. (2021). Anti-Tuberculosis Drugs and Adverse Events. In G. B. Migliori & M. C. Raviglione (Eds.), *Essential Tuberculosis* (pp. 121–129). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-66703-0_13
- Korobchuk, A., Davtyan, H., Denisiuk, O., Zachariah, R., Nikolopoulos, G. K., Paraskevis, D., Skaathun, B., Schneider, J., Vasylyeva, T. I., Williams, L. D., Smyrnov, P., & Friedman, S. R. (2019). People with high HIV viral load within risk networks: Who are these people and who refers them best? *Journal of Infection in Developing Countries*, 13(7), 103S-110S. <https://doi.org/10.3855/jidc.11273>
- Kroger, A. T., & Orenstein, W. A. (2023). Immunization. In *Goldman-Cecil Medicine, 27th Edition: Volume 1-2* (Vol. 1, pp. 64-84.e1). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-93038-3.00015-0>
- Kundu, R., Bansal, Y., & Singla, N. (2024). The Zoonotic Potential of Fungal Pathogens: Another Dimension of the One Health Approach. *Diagnostics*, 14(18). <https://doi.org/10.3390/diagnostics14182050>
- LoBue, P. A., Enarson, D. A., & Thoen, T. C. (2010). Tuberculosis in humans and its epidemiology, diagnosis and treatment in the United States. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 14(10), 1226–1232.
- Mihigo, R., Okeibunor, J., Anya, B., Mkanda, P., & Zawaira, F. (2017). Challenges of immunization in the African Region. *The Pan African Medical Journal*, 27, 12. <https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2017.27.3.12127>
- Ngouama, B. B., Mouzinga, F. H., Dello, M. N. M., Djontu, J. C., Elion Assiana, D. O., Okemba Okombi, F. H., Tchuandom, S. B., Ayet, M. I., Siele, L. K., Vouvoungui, J. C., Grobusch, M. P., Mouanga, A. M., Mbozo, A. B. V., & Ntoumi, F. (2025). Tuberculosis treatment outcomes and their related factors in patients with tuberculosis treated at the Antituberculosis Center of Brazzaville, Republic of Congo. *IJID Regions*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2025.100647>

- Nguyen, T. T. N., & Hoang, T. B. Y. (2024). NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ADULT PATIENTS WITH TUBERCULOSIS. *Archives of the Balkan Medical Union*, 59(1), 67–74. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2024.59.1.09>
- Nuermberger, E., Bishai, W. R., & Grosset, J. H. (2004). Latent tuberculosis infection. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 25(3), 317–336. <https://doi.org/10.1055/s-2004-829504>
- Pitasi, M. A., Patel, S. N., Wesolowski, L. G., Masciotra, S., Luo, W., Owen, S. M., & Delaney, K. P. (2020). Performance of an Alternative Laboratory-Based HIV Diagnostic Testing Algorithm Using HIV-1 RNA Viral Load. *Sex. Transm. Dis.*, 47(5), S18–S25. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001124>
- Rajendran, R., Anusree, S. B., Sasi, M. S., Devi, D. S., & Regu, K. (2025). Current Status of Communicable Diseases – International, National and Kerala Scenarios. *Journal of Communicable Diseases*, 57(1), 167–184. <https://doi.org/10.24321/0019.5138.202522>
- Rhode, C. (2023). The Effect of Health Awareness Days, Weeks, and Months: Can They Change Health Behavior? *Journal of Consumer Health on the Internet*, 27(4), 431–442. <https://doi.org/10.1080/15398285.2023.2271308>
- Rice, B., Boulle, A., Schwarcz, S., Shroufi, A., Rutherford, G., & Hargreaves, J. (2019). The continuing value of CD4 cell count monitoring for differential HIV care and surveillance. *JMIR Public Health and Surveillance*, 5(1). <https://doi.org/10.2196/11136>
- Rukmini, R., Mahmudah, M., Notobroto, H. B., Andarwati, P., Nantabah, Z. K., Laksono, A. D., Tarigan, I. U., Machfutra, E. D., Siahaan, S. A. S., & Lolong, D. B. (2025). Prevalence and socioeconomic determinants of tuberculosis among children in Indonesia: Findings from the 2023 Indonesian health survey. *Indian Journal of Tuberculosis*. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2025.05.001>
- Sahoo, C. K., Ram Mohan Rao, S., & Sudhakar, M. (2015). A review on human immunity system and HIV infection. *International Journal of Current Pharmaceutical Review and Research*, 6(6), 262–268.
- Sarfraz, M., Sajid, S., & Ullah, H. (2024). Molecular basis of the human immunodeficiency virus. In S. Sajid, S. Ur Rahman, S. Mahmood, S. Bashir, & M. Habib (Eds.), *Fundamentals of Cellular and Molecular Biology* (pp. 212–224). Bentham Science Publishers. <https://doi.org/10.2174/9789815238037124010019>
- Sarkar, M. (2025). Tuberculosis infection prevention and control. *Indian Journal of Tuberculosis*, 72(3), 394–400. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2024.08.011>
- Sedláček, D., Hofman, S., Frei, J., & Malý, M. (2025). NEW TREATMENT STRATEGIES IN HIV/AIDS INFECTION AND THE IMPACT OF TREATMENT ADHERENCE ON

THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE LIVING WITH HIV. *Central European Journal of Public Health*, 33(1), 12–16. <https://doi.org/10.21101/cejph.a7382>

- Shah, B., Shah, S. C., Kakadia, P., Parth, S., Shah, N., & Toshniwal, H. (2023). The clinician, the lab and the patient: Understanding lab diagnostics to eradicate tuberculosis. *Indian Journal of Tuberculosis*, 70(1), 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2022.03.006>
- Shenson, D., Anderson, L., Slonim, A., & Benson, W. (2012). Vaccinations and preventive screening services for older adults: Opportunities and challenges in the USA. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 165–170. <https://doi.org/10.1177/1757913912444850>
- Singh, S. (2024). One Health approach to zoonotic diseases of goats. In T. Rana (Ed.), *The Handbook of Zoonotic Diseases of Goats* (pp. 121–127). CABI International. <https://doi.org/10.1079/9781800622852.0008>
- Skinner, D., & Mfecane, S. (2004). Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa. *Sahara J*, 1(3), 157–164. <https://doi.org/10.1080/17290376.2004.9724838>
- Sleha, R., Boštíková, V., Janovská, S., Hobzová, L., Slehová, E., Kukla, R., Salavec, M., Vydržalová, M., & Boštík, P. (2014a). Vaccination with hexa-vaccine. *Vakcinologie*, 4, 160–164.
- Sleha, R., Boštíková, V., Janovská, S., Hobzová, L., Slehová, E., Kukla, R., Salavec, M., Vydržalová, M., & Boštík, P. (2014b). Vaccination with hexa-vaccine. *Vakcinologie*, 4, 160–164.
- Srikanth, P., Adhinarayanan, P., Chandran, P., & Sathasivam, D. (2025). Advancements and Challenges in Infectious Disease Surveillance and Response: A Systematic Literature Reviews. *AIP Conf. Proc.*, 3279(1). <https://doi.org/10.1063/5.0263215>
- Swathika, R., Radha, N., Kamalika, M., Kaviya, R., & Krishitha, V. (2025). The impact of Climate Change on the Spread of Infectious Diseases Using Predictive Analysis. *Proc. Int. Conf. Emerg. Technol. Comput. Commun., ETCC*. Proceedings of 2025 International Conference on Emerging Technologies in Computing and Communication, ETCC 2025. <https://doi.org/10.1109/ETCC65847.2025.11108619>
- Threats, M., Brawner, B. M., Montgomery, T. M., Abrams, J., Jemmott, L. S., Crouch, P.-C., Freeborn, K., Kamitani, E., & Enah, C. (2021). A Review of Recent HIV Prevention Interventions and Future Considerations for Nursing Science. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 32(3), 373–391. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000246>
- Torpey, K., Agyei-Nkansah, A., Ogyiri, L., Forson, A., Lartey, M., Ampofo, W., Akamah, J., & Puplampu, P. (2020). Management of TB/HIV co-infection: The state of the evidence. *Ghana Medical Journal*, 54(3), 186–196. <https://doi.org/10.4314/gmj.v54i3.10>

- Wang, L.-F., & Cramer, G. (2014). Emerging zoonotic viral diseases. *OIE Revue Scientifique et Technique*, 33(2), 569–581. <https://doi.org/10.20506/rst.33.2.2311>
- Wardani, D. W. S. R., & Wahono, E. P. (2018). Prediction model of tuberculosis transmission based on its risk factors and socioeconomic position in Indonesia. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(3), 204–208. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_60_18
- Wu, Z.-Y., & Scott, S. R. (2020). Human immunodeficiency virus prevention strategies in China. *Chinese Medical Journal*, 133(3), 318–325. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000647>
- Xu, C., & Luo, H. (2021). Risks of Tuberculosis Prevention and Control. In W. Yang (Ed.), *Prevention and Control of Infectious Diseases in BRI Countries* (pp. 63–70). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6958-0_5
- Yasmeen, N., Jabbar, A., Shah, T., Fang, L.-X., Aslam, B., Naseeb, I., Shakeel, F., Ahmad, H. I., Baloch, Z., & Liu, Y. (2022). One Health Paradigm to Confront Zoonotic Health Threats: A Pakistan Prospective. *Frontiers in Microbiology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.719334>
- Zellweger, J.-P. (2020). Is the EU model for contact investigation applicable to high TB burden settings? *International Journal of Infectious Diseases*, 92, S55–S59. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.013>
- Zhang, J. (2019). Strengthen the studies on vaccine safety surveillance and economic assessment in China: Not a moment too soon. *Chinese Journal of Preventive Medicine*, 53(7), 661–663. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2019.07.002>
- Zhang, S.-K., Tong, Z.-W., Tang, H.-M., Yan, M., Yuan, D., Tang, X.-L., & Shen, S.-R. (2020). Must value nutritional treatment of tuberculosis patients. *Chinese Journal of Antituberculosis*, 42(12), 1272–1275. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6621.2020.12.004>

H. Glosarium

Akses Pelayanan Kesehatan

Kemampuan individu atau kelompok masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan secara mudah, terjangkau, dan tepat waktu.

Angka Kesakitan

Jumlah atau proporsi individu dalam suatu populasi yang menderita penyakit dalam periode waktu tertentu.

Angka Kematian

Jumlah kematian yang terjadi pada suatu populasi dalam kurun waktu tertentu sebagai indikator derajat kesehatan masyarakat.

Beban Sosial dan Ekonomi

Dampak penyakit terhadap kondisi sosial, produktivitas, dan stabilitas ekonomi individu maupun masyarakat.

Deteksi Dini

Upaya mengenali penyakit pada tahap awal sebelum berkembang menjadi kondisi yang lebih berat atau menimbulkan komplikasi.

Edukasi Kesehatan

Proses penyampaian informasi dan pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat terkait kesehatan.

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh secara progresif.

Imunisasi

Pemberian vaksin untuk merangsang sistem kekebalan tubuh sehingga individu terlindungi dari penyakit infeksi tertentu.

Intervensi Kesehatan Masyarakat

Tindakan terencana yang dilakukan untuk mencegah penyakit dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara luas.

Kekebalan Kelompok

Kondisi ketika sebagian besar anggota populasi memiliki kekebalan terhadap suatu penyakit sehingga melindungi individu yang belum kebal.

Mobilitas Global

Perpindahan penduduk antarwilayah atau antarnegara yang berpotensi memengaruhi pola penyebaran penyakit menular.

One Health

Pendekatan terpadu yang menekankan keterkaitan antara kesehatan manusia, kesehatan hewan, dan lingkungan dalam pencegahan penyakit.

Pencegahan Penyakit Menular

Serangkaian upaya untuk mengurangi risiko penularan penyakit melalui tindakan promotif, preventif, dan pengendalian faktor risiko.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Perilaku yang dilakukan secara sadar untuk menjaga kesehatan diri dan lingkungan guna mencegah timbulnya penyakit.

Penyakit Menular

Penyakit yang disebabkan oleh agen infeksi dan dapat ditularkan dari satu individu ke individu lain, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Penyakit Zoonosis

Penyakit yang ditularkan dari hewan ke manusia melalui kontak langsung, makanan, atau perantara lingkungan.

Promotif

Upaya kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat.

Preventif

Upaya pencegahan penyakit dengan mengurangi atau mengendalikan faktor risiko sebelum penyakit terjadi.

Stigma dan Diskriminasi

Sikap negatif dan perlakuan tidak adil terhadap individu atau kelompok tertentu yang dapat menghambat akses terhadap layanan kesehatan.

Surveilans Kesehatan

Kegiatan pengumpulan, analisis, dan interpretasi data kesehatan secara sistematis untuk mendukung pengendalian penyakit.

Tuberkulosis (TB)

Penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan terutama menyerang paru-paru.

CHAPTER 4

PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR BERBASIS POSYANDU, POSBINDU DAN UKBM

Dr. Anita Dewi Prahastuti Sujoso, S.KM., M.Sc.

A. Pendahuluan

Penyakit tidak menular (PTM) yang juga dikenal sebagai penyakit kronis, merupakan hasil kombinasi dari faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku. Penyakit ini tidak bisa ditularkan dari orang ke orang dan perkembangan perjalanan penyakit perlahan dalam jangka waktu yang panjang atau kronis. Penyakit tidak menular atau penyakit non-infeksi telah menjadi beban ganda epidemiologi. Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan bahwa penyakit tidak menular menyebabkan kematian terhadap 40 juta kematian tiap tahun di dunia (Global Mapping Report on Multisectoral Actions to Strengthen the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases and Mental Health Conditions Experiences from around the World, n.d.).

International Classification of Diseases and Related Health Problems mengelompokkan penyakit ini berdasarkan sistem dan organ tubuh menjadi 12 jenis penyakit, yaitu: 1. Penyakit keganasan; 2. Penyakit endokrin, nutrisi, dan metabolik; 3. Penyakit sistem saraf; 4. Penyakit sistem pernapasan; 5. Penyakit sistem sirkulasi; 6. Penyakit mata dan adnexa; 7. Penyakit telinga dan mastoid; 8. Penyakit kulit dan jaringan subkutaneus; 9. Penyakit sistem musculoskeletal dan jaringan penyangga; 10. Penyakit sistem genitourinaria; 11. Penyakit gangguan mental dan perilaku; 12. Penyakit kelainan darah dan gangguan pembentukan organ darah. Hasil Riskesdas tahun 2018 menyebutkan delapan PTM yang banyak diderita oleh masyarakat Indonesia, yaitu asma, kanker, diabetes, penyakit jantung, hipertensi, stroke, penyakit gagal ginjal kronis dan penyakit persendian (Laporan Riskesdas 2018 Nasional, n.d.).

Dengan banyaknya berbagai PTM di Indonesia, maka diperlukan "perangkingan" berdasarkan mortalitas, morbiditas, dan biaya perawatan kesehatan ketika mengevaluasi prioritas relatifnya. Perangkingan ini sifatnya relatif, dan dikategorikan berdasarkan "Sangat Kritis", "Kritis", "Tinggi" dan "Sedang". PTM yang termasuk kategori "Sangat kritis" adalah penyakit jantung koroner, nyeri punggung dan leher, diabetes melitus. PTM dengan kategori "kritis" adalah

demensia, penyakit Alzheimer, dan stroke. PTM dengan kategori “tinggi” adalah kanker usus besar dan rektum, gangguan depresi, penyakit paru obstruktif kronis, penyakit ginjal kronis, kanker payudara, kanker prostat, artritis, kanker paru-paru. PTM dengan kategori “sedang” adalah asma, gangguan pendengaran, kanker kuliati melanoma, gangguan kecanduan, kankera non-melnoma dan sakit kepala (Babashahi et al., 2020).

Langkah strategis dalam upaya pencegahan PTM telah tertuang dalam kebijakan pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan No 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Penanggulangan PTM adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif serta paliatif yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian yang dilaksanakan secara komprehensif, efektif, efisien, dan berkelanjutan. Penyelenggaraan penanggulangan PTM melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dilaksanakan dengan upaya pencegahan dan pengendalian. Pencegahan dilaksanakan melalui kegiatan promosi kesehatan, deteksi dini faktor risiko, dan perlindungan khusus. Pengendalian dilaksanakan melalui kegiatan penemuan dini kasus dan tata laksana dini.

Meskipun pemerintah telah memiliki regulasi terkait dengan pencegahan PTM, beberapa penelitian mengungkapkan PTM di Indonesia masih menunjukkan beban yang tinggi, yaitu sekitar 70% dari seluruh beban penyakit (Wahidin et al., 2023). Hal senada diungkapkan oleh Mahendrata bahwa beban penyakit tidak menular di Indonesia meningkat seiring dengan belum tuntasnya penanggulangan penyakit menular yang menjadi *disability-adjusted life-years* (DALY) di Indonesia (Oktaria & Mahendradhata, 2022). Masih diperlukan kerangka pemecahan penanggulangan PTM yang bisa diterapkan pada negara dengan kategori pendapatan rendah dan menengah, yang secara umum masih belum sepenuhnya menerapkan sistem kesehatan primer yang terstruktur dan berfungsi dengan baik. Sistem kesehatan primer yang baik perlu juga didukung oleh kolaborasi dari para pemangku kepentingan di bidang kesehatan. Kolaborasi lintas sektor yang efektif dapat diwujudkan melalui tiga pendekatan, yaitu *health enhancing environment*, *system change* dan *behaviour change communication* (Ibraheem et al., 2025). *Health enhancing system* adalah suatu kondisi di masyarakat yang dapat memudahkan untuk penerapan sistem kesehatan. *System change* adalah perubahan sistem yang dapat dimulai dari regulasi. *Behaviour change communication* adalah komunikasi yang efektif dan mempengaruhi orang untuk mengubah dari perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat. Dari beberapa uraian di atas, maka dalam pencegahan dan penanggulangan PTM

diperlukan strategi efektif yang berbasis pada masyarakat. Di Indonesia, strategi tersebut dalam bentuk

B. Pendekatan Promotif dan Preventif dalam Pencegahan Penyakit Tidak Menular

Pendekatan promotif dan preventif merupakan strategi utama dalam pencegahan penyakit tidak menular (PTM) yang berorientasi pada peningkatan kemampuan individu dan masyarakat dalam menjaga kesehatan sebelum terjadi penyakit. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023), upaya kesehatan yang bersifat promotif merupakan serangkaian kegiatan untuk memungkinkan individu atau masyarakat mengendalikan dan meningkatkan kesehatannya melalui edukasi gaya hidup sehat, pemahaman faktor risiko, serta peningkatan kesadaran terhadap permasalahan kesehatan. Sementara itu, upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit, menghentikan perkembangan penyakit, serta mencegah komplikasi melalui kegiatan seperti imunisasi, deteksi dini, dan intervensi dini. Paradigma ini menekankan pentingnya tindakan proaktif yang berkesinambungan, sehingga pencegahan PTM tidak hanya berfokus pada layanan pengobatan, tetapi juga pada penguatan kapasitas individu dan lingkungan dalam menjaga kesehatan secara mandiri.

Penerapan pendekatan promotif dan preventif berkaitan erat dengan perubahan perilaku hidup sehat sebagai faktor kunci dalam pencegahan PTM. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pola makan sehat, aktivitas fisik teratur, serta penghindaran perilaku berisiko seperti merokok dan konsumsi alkohol berkontribusi terhadap penurunan kejadian PTM (Sun et al., 2024). Meskipun perilaku sehat dilakukan pada tingkat individu, pembentukannya dipengaruhi oleh lingkungan terdekat seperti keluarga, tempat kerja, dan interaksi sosial, serta faktor sosial yang lebih luas. Teori perilaku Lawrence Green menjelaskan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor predisposisi seperti pengetahuan, sikap, nilai, dan persepsi; faktor pemungkin berupa ketersediaan sumber daya dan fasilitas; serta faktor penguat yang berasal dari dukungan sosial, termasuk keluarga, tenaga kesehatan, dan tokoh masyarakat (Rachmawati, 2019). Pendekatan ini menegaskan bahwa perubahan perilaku tidak hanya bergantung pada motivasi individu, tetapi juga pada dukungan lingkungan yang memungkinkan dan memperkuat perilaku tersebut. Oleh karena itu, strategi promotif dan preventif perlu dirancang secara komprehensif dengan mempertimbangkan faktor individu dan lingkungan sosial sekitarnya.

Keluarga menjadi unit terkecil dalam bermasyarakat memiliki peran penting dalam pencegahan PTM. Peraturan menteri kesehatan nomor 39 tahun 2016

sendiri menjelaskan bahwa penanggulangan penyakit tidak menular menjadi prioritas program Indonesia Sehat yang dilakukan melalui pendekatan keluarga. Pada peraturan tersebut juga dijelaskan salah satu bukti nyata peran keluarga dalam pengendalian PTM, yaitu hipertensi. Prevalensi hipertensi pada orang dewasa menurut Riskesdas tahun 2013 adalah 25,8% atau sama dengan 42,1 juta jiwa. Berdasarkan jumlah tersebut, hanya 36,8% yang telah berinteraksi dengan petugas kesehatan, sementara sisanya sekitar 2/3 tidak menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tanpa pendekatan keluarga, banyak individu dengan faktor risiko atau penyakit kronis yang tidak teridentifikasi maupun tidak mendapatkan penanganan yang memadai.

Menyadari pentingnya pendekatan keluarga, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) telah menyusun Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga sebagai acuan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pedoman tersebut menjelaskan bahwa keluarga memiliki peran strategis dalam pemeliharaan kesehatan, di antaranya mengenali masalah dan gangguan kesehatan setiap anggota keluarga, mengambil keputusan terkait tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan rumah yang mendukung kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, serta menjalin hubungan yang berkesinambungan dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

Selain melalui pendekatan keluarga, pemberdayaan masyarakat juga merupakan strategi efektif dalam upaya promotif dan preventif pencegahan penyakit tidak menular (PTM). Keterlibatan berbagai unsur masyarakat, seperti kader kesehatan, tokoh masyarakat, perangkat desa, dan tenaga puskesmas, menjadi faktor kunci dalam keberhasilan program kesehatan berbasis komunitas. Kegiatan komunitas, seperti Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM memiliki potensi besar dalam menjangkau kelompok rentan serta meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya perilaku hidup sehat (Sari, 2025). Penelitian Amatiria (2022) menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui pendekatan kelompok sosial mampu meningkatkan pengetahuan dan membentuk sikap masyarakat yang lebih positif terhadap pencegahan PTM. Pendekatan ini tidak terbatas pada kelompok Posbindu, tetapi juga dapat dilakukan melalui kelompok sosial lain, seperti kegiatan keagamaan atau pengajian, dengan melibatkan tokoh masyarakat yang dipercaya sehingga pesan kesehatan lebih mudah diterima.

Upaya pencegahan PTM selanjutnya memerlukan dukungan lintas sektor yang terintegrasi untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku hidup sehat. Pada tingkat global dan nasional, strategi yang dapat dilakukan meliputi penyusunan kebijakan kesehatan dan rencana aksi nasional, penguatan penelitian

terkait PTM, pemantauan tren penyakit, serta pengembangan kemitraan strategis dalam upaya pencegahan dan pengendalian PTM. Pada tingkat negara, langkah yang dapat ditempuh antara lain meningkatkan alokasi anggaran untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan primer, melibatkan organisasi nonpemerintah, lembaga penelitian, dan sektor swasta dalam implementasi rencana aksi pengendalian PTM, serta mengembangkan sistem peningkatan kualitas layanan kesehatan secara berkelanjutan. Sementara itu, pada tingkat masyarakat, penyediaan fasilitas aktivitas fisik di lingkungan kerja dan komunitas serta pemanfaatan sumber daya dari organisasi masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan dapat memperkuat layanan promotif dan preventif secara berkelanjutan (Budreviciute, 2020).

C. Strategi Pencegahan PTM Berbasis Posyandu

Posyandu merupakan salah satu lembaga kemasyarakatan desa/kelurahan yang menjadi wadah partisipasi masyarakat dalam mendukung pelayanan kesehatan serta bidang lain sesuai kebutuhan masyarakat. Posyandu saat ini berkembang menjadi layanan yang mencakup seluruh siklus hidup, meliputi posyandu KIA, posyandu remaja, posbindu PTM, dan posyandu lansia yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan berbasis komunitas (KMK Nomor 2015 Tahun 2023). Dengan kedekatannya terhadap masyarakat, Posyandu memiliki peran strategis dalam melaksanakan upaya promotif dan preventif penyakit tidak menular (PTM), melalui pendekatan edukasi dan deteksi dini faktor risiko secara berkelanjutan.

Salah satu strategi utama dalam pencegahan PTM melalui Posyandu adalah edukasi gizi dan gaya hidup sehat. Penelitian Sujana (2019) menunjukkan bahwa peran Posyandu dalam promosi kesehatan, termasuk edukasi gizi, memiliki hubungan dengan kecukupan gizi balita. Selain itu, program Posyandu terbukti efektif meningkatkan status gizi melalui kombinasi pemantauan rutin, edukasi gizi, keterlibatan orang tua, dan dukungan kader kesehatan (Agma 2025). Selain edukasi terkait dengan gizi, posyandu juga memberikan layanan edukasi terkait dengan gaya hidup sehat seperti aktivitas fisik, gerakan masyarakat hidup sehat (Germas) serta edukasi terkait risiko penyakit seperti obesitas, hipertensi, diabetes melitus, gangguan kesehatan jiwa, dan penyakit menular tertentu (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Selanjutnya, strategi pencegahan PTM dilakukan melalui upaya pencegahan obesitas dan peningkatan aktivitas fisik masyarakat. Pencegahan obesitas dilakukan melalui pemantauan indeks massa tubuh berdasarkan hasil pengukuran rutin di Posyandu. Selain itu, Posyandu memfasilitasi kegiatan berbasis komunitas

seperti senam bersama serta edukasi aktivitas fisik sesuai kelompok usia. Program pembinaan lansia di Posyandu lansia, yang meliputi pemeriksaan kesehatan, senam lansia, dan penyuluhan kesehatan, terbukti dapat meningkatkan aktivitas fisik, kesehatan umum, serta interaksi sosial lansia (Tresnasih, 2024). Pendekatan berbasis komunitas ini membantu membangun kebiasaan hidup aktif dan meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pencegahan faktor risiko PTM sejak dini.

Di samping edukasi dan promosi aktivitas fisik, Posyandu juga berperan penting dalam deteksi dini faktor risiko PTM melalui layanan skrining kesehatan di Posyandu. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran perut, serta tekanan darah. Selain itu, tersedia layanan pemeriksaan hemoglobin, rapid test gula darah, skrining obesitas, gangguan penglihatan dan pendengaran, skrining kesehatan jiwa, serta skrining masalah kesehatan lansia (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Deteksi dini memberikan kesempatan bagi masyarakat untuk mendapatkan intervensi lebih awal melalui konseling, rujukan ke fasilitas kesehatan, atau perubahan gaya hidup yang diperlukan.

Keberhasilan implementasi strategi pencegahan PTM di Posyandu sangat dipengaruhi oleh peran kader serta dukungan keluarga. Secara teknis, peran kader dalam pelaksanaan Posyandu meliputi pendataan Bayi di bawah Usia Lima Tahun (Balita), penimbangan dan pencatatan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS), Pemberian Makanan Tambahan (PMT), pendistribusian vitamin, melakukan penyuluhan gizi dan kesehatan kepada kelompok sasaran, serta melakukan kunjungan ke rumah ibu menyusui dan ibu Balita, serta memberikan pelayanan kepada Lansia. Namun lebih dari itu, kader memiliki peran dalam memberikan motivasi, memberikan contoh, dan menjadi penghubung antara masyarakat dan tenaga kesehatan dalam memastikan keberlanjutan program. Dukungan keluarga juga menjadi faktor penting dalam meningkatkan partisipasi masyarakat, di mana dukungan keluarga yang tinggi terbukti meningkatkan keaktifan individu dalam mengikuti kegiatan Posyandu (Duha, 2021).

D. Konsep dan Implementasi Posbindu PTM

Pos Binaan Terpadu (POSBINDU) adalah kegiatan monitoring dan deteksi dini faktor risiko PTM terintegrasi (penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes, penyakit paru obstruktif akut dan kanker), serta gangguan akibat kecelakaan dan tindakan kekerasan dalam rumah tangga yang dikelola oleh masyarakat melalui pembinaan terpadu. POSBINDU merupakan bentuk keterlibatan kelompok-

kelompok yang ada di masyarakat yaitu organisasi kemasyarakatan, industri dan kelompok kampus.

POSBINDU memiliki tujuan yaitu upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif dalam pengendalian PTM dengan melibatkan masyarakat, mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan, serta penilaian. Masyarakat dilibatkan sebagai agen perubah sekaligus sumber daya yang menggerakkan POSBINDU sebagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang diselenggarakan sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan masyarakat. Berbeda dengan posyandu lansia, POSBINDU PTM tidak memiliki pembagian strata.

Sasaran POSBINDU adalah seluruh warga negara yang berusia 15 tahun ke atas yang ada di wilayah POBINDU PTM. POSBINDU dilaksanakan minimal satu kali per bulan. Waktu pelaksanaannya disepakati bersama dengan masyarakat dan dapat diinformasikan kepada masyarakat beberapa hari sebelum pelaksanaan POSBINDU.

Terdapat beberapa jenis Kegiatan POSBINDU, antara lain:

1. Melakukan wawancara untuk menggali informasi faktor risiko keturunan dan perilaku.
2. Melakukan penimbangan dan mengukur lingkar perut, serta Indeks Massa Tubuh termasuk analisa lemak tubuh.
3. Melakukan pengukuran tekanan darah.
4. Melakukan pemeriksaan gula darah.
5. Melakukan pengukuran kadar lemak darah (kolesterol total dan trigliserida).
6. Melakukan pemeriksaan fungsi paru sederhana (Peakflowmeter)
7. Pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asetat) oleh tenaga bidan terlatih
8. Melaksanakan konseling (diet, merokok, stress, aktifitas fisik dan lain-lain) dan penyuluhan kelompok termasuk sarasehan.
9. Melakukan olah raga/aktifitas fisik bersama dan kegiatan lainnya.
10. Melakukan rujukan ke Puskesmas
11. Untuk jadwal sebaiknya diatur berdasarkan kesepakatan bersama dengan memperhatikan anjuran jangka waktu monitoring yang bermanfaat secara klinis.

Untuk mendukung kegiatan POSBINDU diperlukan sarana dan prasarana yang mudah dijangkau dan lingkungan yang bersih. Sarana dan prasarana yang minimal harus dimiliki oleh POSBINDU adalah sebagai berikut:

1. Alat pengukur tekanan darah (tensimeter)
2. Alat pengukur gula darah/ glucometer
3. Alat pengukur berat badan/ timbangan berat badan

4. Alat pengukur tinggi badan
5. Alat pengukur lingkar perut
6. Buku pemantauan peserta/ monitoring
7. Buku registrasi

Pada POSBINDU dengan tenaga yang kompeten, dapat menambahkan pemeriksaan kolesterol, pemeriksaan tajam penglihatan dan pemeriksaan tajam pendengaran. Alur Kegiatan POSBINDU, sebagaimana juga pada Posyandu, meliputi 5 tahap atau 5 meja kegiatan, yaitu:

1. Meja 1: Pendaftaran
2. Meja 2: Wawancara
3. Meja 3: Pengukuran Tinggi Badan, Berat Badan, IMT, Lemak Perut
4. Meja 4: Pemeriksaan Tekanan Darah, Glukosa Darah, Kolesterol
5. Meja 5: Edukasi / Konseling

Secara lebih jelas, kegiatan di setiap tahap akan diuraikan dalam Gambar 1 berikut:

Tahap 1	Tahap 2	Tahap 3	Tahap 4	Tahap 5
•1.Registrasi pengisian NIK •2.Pengisian biodata •12.Pencatatan dan pelaporan hasil	• 3. Wawancara Faktor Risiko pada diri sendiri •4. Wawancara Faktor Risiko pada keluarga	•5. Pengukuran TB, BB lingkar perut •6. Menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT)	•7. Pemeriksaan tekanan darah •8. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu	•9. Identifikasi Faktor Risiko PTM •10. edukasi serta •11. tindak lanjut

Gambar 3.1: Proses Kegiatan POSBINDU PTM

Keberhasilan pelaksanaan POSBINDU di setiap desa atau kelurahan tetap membutuhkan peran dari berbagai pihak termasuk Puskesmas, pemerintah desa dan kader POSBINDU sendiri. Puskesmas berperan dalam pelaksanaan skrining kesehatan dari usia produktif hingga lansia, pelatihan kader serta penyediaan alat kesehatan dan obat-obatan. Pemerintah desa memiliki peran penyediaan kader, memberikan honorarium, memfasilitasi alat kesehatan serta menjalin koordinasi dengan puskesmas. Kader POSBINDU memberikan kegiatan promotif serta penyuluhan dan pemberian informasi kesehatan kepada masyarakat serta pemeriksaan fisik.

Beberapa kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan POSBINDU antara lain:

1. rendahnya motivasi masyarakat untuk datang ke POSBINDU
2. rendahnya partisipasi masyarakat dalam POSBINDU bukan hanya karena kurangnya minat, tetapi juga dipengaruhi hambatan struktural (biaya transportasi) dan psikologis (kekhawatiran terkait pemeriksaan kesehatan)

3. POSBINDU hanya dianggap sebagai tempat untuk mendapatkan obat
4. Keterbatasan informasi dan edukasi karena informasi tidak selalu diberikan kepada peserta mengenai langkah-langkah pencegahan atau pengelolaan hasil pemeriksaan yang mereka terima
5. kegiatan POSBINDU belum berjalan sesuai jadwal karena petugas sering datang terlambat.

POSBINDU memiliki peran strategis dalam penurunan PTM. Namun di sisi lain penyelenggaraan POSBINDU masih memiliki kelemahan. Misal kader POSBINDU cenderung fokus pada pemeriksaan teknis tanpa disertai penjelasan, dan tindak lanjut edukasi, atau dengan kata lain perhatian yang menyentuh aspek humanis menjadi faktor penentu. Di sisi lain, partisipasi masyarakat juga masih rendah, karena sebagian masyarakat menganggap bahwa POSBINDU hanya untuk orang yang sakit saja (Adam et al., 2026a).

Selain itu pada penelitian Rohani (2022), menyebutkan masih lemahnya penyelenggaraan POSBINDU karena beberapa faktor yaitu:

1. keterbatasan dana dalam melakukan sosialisasi
2. beberapa bimbingan teknis yang dilakukan dalam jangka waktu singkat sehingga tidak memberikan pemahaman yang lebih detail
3. pembagian tugas kerja bagi setiap kader yang tidak seimbang
4. kurangnya sosialisasi terhadap masyarakat laki-laki khususnya, karena dalam pelaksanaan program ini masih didominasi oleh kaum perempuan yang lebih ikut berpartisipasi
5. adanya SOP yang belum sepenuhnya diterapkan contohnya belum menyeluruhnya sosialisasi kepada masyarakat, hal ini mengakibatkan masih ada lansia yang belum mengetahui tujuan utama dari Posbindu PTM itu sendiri (Rohani et al., n.d.)

POSBINDU memiliki peran strategis tidak hanya dengan sasaran masyarakat umum, namun sasaran dapat diperluas pada kelompok usia remaja, usia reproduktif dan juga lansia. Penelitian yang dilakukan oleh Noor Mintarsih menyebutkan bahwa faktor risiko PTM pada remaja, dapat segera terdeteksi melalui POSBINDU Remaja (Noor Mintarsih et al., n.d.).

Puskesmas memiliki peran penting sebagai fasilitator dan menjalin interaksi tidak hanya dengan pemerintah desa dan masyarakat setempat. Jalinan kerjasama dengan pihak swasta dan pihak eksternal yang dilakukan oleh puskesmas masih perlu ditingkatkan. Penguatan pada aspek sumber daya, kerja sama lintas sektor, dan konsistensi dalam pelaksanaan program masih perlu dioptimalkan lagi (Bonarate et al., 2025). Penelitian Eufriansia, 2025 mengungkapkan peran penting Puskesmas dalam penyelenggaraan POSBINDU, yaitu:

- a. Peran fasilitatif. Program Posbindu PTM merupakan bentuk dari fasilitas yang diberikan oleh puskesmas sebagai wadah terhubungnya masyarakat dengan pemerintah.
- b. Peran edukasional. Peran edukasi yang diberikan Puskesmas dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat adalah dengan memberikan penyuluhan dan sosialisasi.
- c. Peran representatif: Puskesmas memiliki peran memfasilitasi keterlibatan berbagai pihak, termasuk organisasi non pemerintah, lembaga swasta, dan komunitas lokal, program ini dapat menjangkau masyarakat secara lebih luas dan menyeluruh.
- d. Peran teknis. Dukungan Puskesmas dengan peran teknis yang kuat, skrining menjadi lebih efektif dalam mendeteksi dini masalah kesehatan, penyakit, atau kondisi tertentu pada individu atau kelompok masyarakat (Eufriansiani R. Tema et al., 2025)

Selain penguatan pada sumber daya, POSBINDU juga perlu dilengkapi dengan standar dan tujuan kebijakan, sumberdaya, komunikasi antar organisasi, karakteristik badan pelaksana, dan kondisi lingkungan. (Mangonto et al., n.d.)

E. Pemberdayaan Masyarakat dalam UKBM

Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disebut Pemberdayaan Masyarakat adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan

masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat, yang selanjutnya disingkat UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

Strategi pemberdayaan masyarakat meliputi:

1. peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi;
2. peningkatan kesadaran masyarakat melalui penggerakan masyarakat;
3. pengembangan dan pengorganisasian masyarakat;
4. penguatan dan peningkatan advokasi kepada pemangku kepentingan;

5. peningkatan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, dan swasta;
6. peningkatan pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal; dan pengintegrasian program, kegiatan, dan/atau kelembagaan
7. pemberdayaan masyarakat yang sudah ada sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan masyarakat.

Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat meliputi:

1. kesehatan ibu, bayi dan balita;
2. kesehatan anak usia sekolah dan remaja;
3. kesehatan usia produktif;
4. kesehatan lanjut usia;
5. kesehatan kerja;
6. perbaikan gizi masyarakat;
7. penyehatan lingkungan;
8. penanggulangan penyakit menular dan tidak menular;
9. kesehatan tradisional;
10. kesehatan jiwa;
11. kesiapsiagaan bencana dan krisis kesehatan; dan
12. kegiatan peningkatan kesehatan lainnya yang dibutuhkan oleh masyarakat setempat.

Hasil penelitian Kath, (2010) menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat memiliki dampak positif, terutama dalam meningkatkan kesadaran, minat, dan perhatian terhadap pentingnya informasi kesehatan. Beberapa aspek relevan yang mendukung efektivitas pemberdayaan masyarakat (Kath et al., 2010)

1. Kontribusi Besar Komunitas dalam Pengembangan Kesehatan (70% sumber daya pembangunan nasional berasal dari kontribusi atau partisipasi masyarakat)
2. Nilai Gotong Royong sebagai Landasan Pemberdayaan
3. Perubahan Perilaku sebagai Solusi Utama
4. Pemanfaatan Potensi Lokal untuk Peningkatan Kesehatan
5. Efektivitas Pencegahan Dibandingkan Pengobatan
6. Sumber Daya Pemerintah yang Terbatas

Evaluasi implementasi program revitalisasi posyandu dalam meningkatkan keberlangsungan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) di Indonesia. Terdapat beberapa peluang dalam evaluasi implementasi program revitalisasi Posyandu.

1. Dengan diterbitkannya Permendagri No 13 Tahun 2024 membuat posyandu kini memiliki landasan hukum yang kuat sehingga memiliki legitimasi untuk mengakses berbagai bentuk pendanaan, termasuk pemanfaatan Dana Desa.

2. Perluasan Layanan Berbasis Siklus Hidup dapat mencakup berbagai pengendalian dan memiliki potensi untuk bersinergi di berbagai program sehingga memperkuat daya jangkau Posyandu dalam mengintervensi berbagai dimensi kesejahteraan masyarakat di tingkat akar rumput.
3. Standardisasi Kompetensi Kader: Revitalisasi posyandu menetapkan standar kompetensi kader mencakup 25 keterampilan. Implementasi kompetensi berjenjang ini memfasilitasi pengembangan kapasitas sistematis bagi kader.
4. Transformasi digital. Adopsi platform ASIK dan sistem ILP mengoptimalkan akurasi data dan pemantauan real-time

Selain peluang di atas, masih terdapat tantangan dalam pemberdayaan masyarakat dalam UKBM yaitu:

Tantangan:

1. Perluasan Layanan Berbasis Siklus Hidup seringkali menciptakan beban kerja berlebih pada kader tanpa kapasitas teknis, pelatihan, maupun kompensasi yang memadai.
2. Standardisasi Kompetensi Kader: Keberhasilan jangka panjang standardisasi kompetensi di Indonesia bergantung pada transisi kebijakan yang mengakomodasi sistem sertifikasi profesional, kejelasan jenjang karier, dan skema kompensasi layak, bukan sekadar memandang kader sebagai sukarelawan tanpa dukungan institusional.
3. Transformasi Digital: Kementerian Kesehatan RI mengembangkan aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK). Namun, implementasinya menghadapi tantangan kesenjangan digital
4. Dilema Regenerasi dan Motivasi Kader: Fenomena penuaan (usia kader umumnya di atas 40 tahun) menciptakan tantangan ganda berupa kesenjangan antargenerasi dan resistensi terhadap adaptasi teknologi digital.
5. Fragmentasi Koordinasi Lintas Sektor: ego sektoral dan perbedaan mekanisme pendanaan sering menjadi kendala.

F. Simpulan

1. Indonesia masih menghadapi masalah terkait dengan tingginya PTM. Upaya penanggulangan PTM ini memerlukan dukungan lintas sektor yang terintegrasi untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku hidup sehat. Pada tingkat global dan nasional, strategi yang dapat dilakukan meliputi penyusunan kebijakan kesehatan dan rencana aksi nasional, penguatan penelitian terkait PTM, pemantauan tren penyakit, serta pengembangan kemitraan strategis dalam upaya pencegahan dan pengendalian PTM.

2. Pendekatan promotif dan preventif berkaitan erat dengan perubahan perilaku hidup sehat sebagai faktor kunci dalam pencegahan PTM
3. Posyandu saat ini berkembang menjadi layanan yang mencakup seluruh siklus hidup, meliputi posyandu KIA, posyandu remaja, posbindu PTM, dan posyandu lansia yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan berbasis komunitas dan memiliki peran strategis dalam pencegahan PTM
4. POSBINDU merupakan bentuk keterlibatan kelompok-kelompok yang ada di masyarakat. Sasaran POSBINDU adalah seluruh warga negara yang berusia 15 tahun ke atas yang ada di wilayah POBINDU PTM
5. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat, yang selanjutnya disingkat UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

G. Referensi

-
- Adam, R., Rahmatiah, R., & Latore, S. (2026). Peran Lembaga Posbindu PTM di Desa Butu Kecamatan Tilongkabila Kabupaten Bone Bolango. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business*, 4(4), 8638–8648. <https://doi.org/10.31004/riggs.v4i4.4830>
- Babashahi, S., Hansen, P., & Sullivan, T. (2020). Creating a priority list of non-communicable diseases to support health research funding decision-making. 1–21. www.1000minds.com
- Bonarate, N. J., Abdillah, T., & Yusuf, R. (2025). Perancangan Sistem Informasi POSREDU (Posyandu, Posremaja, Posbindu) Berbasis Website (Studi Kasus: Desa Bunto). *Journal Automation Computer Information System*, 5(1), 69–79. <https://doi.org/10.47134/jacis.v5i1.109>
- Eufransiani R. Tema, Dominirsep O. Dodo, & Masrida Sinaga. (2025). Implementasi Kebijakan Program Posbindu PTM di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Oesapa 2024. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 4(3), 633–647. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v4i3.5240>
- Global mapping report on multisectoral actions to strengthen the prevention and control of noncommunicable diseases and mental health conditions Experiences from around the world. (n.d.).
- Ibraheem, A. S., Nwosu, C. B., Omowumi, R. K., & Ayodapo, A. O. (2025). Managing population health through prevention and early detection of cancer and other non-communicable diseases: a call for action. In *Discover public health* (Vol. 22, Number 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00529-2>

Laporan Riskesdas 2018 Nasional. (n.d.).

Mangonto, Y. I., Romantir, R., Satrio, A., Dosinaeng, W., Saway, Y., Touw, M., Studi, P., & Kesehatan, A. (n.d.). Analisis Kebijakan dan implementasi Posbindu PTM di Puskesmas Harapan, Kabupaten Jayapura, Papua Policy Analysis and Implementation of Posbindu PTM at Harapan Health Center, Jayapura Regency, Papua. Retrieved <https://jicnusanantara.com/index.php/jiic>

Noor Mintarsih, S., Ambarwati, R., & Yuliah Rahmawati, A. (n.d.). Konseling Gizi Media... Deteksi Dini Faktor Resiko PTM pada Remaja Berbasis Posbindu Early Detection of PTM Risk Factors in Adolescents Based on Posbindu.

Oktaria, V., & Mahendradhata, Y. (2022). The health status of Indonesia's provinces: the double burden of diseases and inequality gap. In *The Lancet Global Health* (Vol. 10, Number 11, pp. e1547–e1548). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00405-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00405-3)

Rohani, T., Diniarti, F., Ilmu Kesehatan, F., & Dehasen, U. (n.d.). Analisis Implementasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (POSBINDU PTM) Pada Lansia Di Puskesmas Rawat Inap Muara Pinang Kabupaten Empat Lawang. Retrieved <https://journal.bengkuluinstitute.com/index.php/juvokes>

Wahidin, M., Agustiya, R. I., & Putro, G. (2023). Beban Penyakit dan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Indonesia. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 6(2). <https://doi.org/10.7454/epidkes.v6i2.6253>

CHAPTER 5

GIZI MASYARAKAT SEBAGAI KUNCI PENCEGAHAN STUNTING DAN OBESITAS

I Gusti Agung Ari Widarti, DCN., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Gizi masyarakat merupakan salah satu aspek penting dalam pembangunan kesehatan yang berperan besar dalam menentukan kualitas hidup suatu masyarakat. Status gizi yang baik menjadi dasar bagi tercapainya pertumbuhan dan perkembangan manusia secara optimal, baik dari segi fisik, mental, maupun sosial. Sebaliknya, permasalahan gizi seperti kekurangan gizi, gizi buruk, dan kelebihan gizi masih menjadi tantangan serius yang dapat menimbulkan berbagai dampak negatif terhadap kesehatan individu dan masyarakat.

Berbagai upaya kebijakan dan program di bidang kesehatan dan perbaikan di bidang gizi telah dilakukan Pemerintah, namun demikian upaya tersebut belum mampu menurunkan permasalahan gizi secara signifikan. Indonesia saat ini masih mengalami masalah gizi yang cukup serius yaitu permasalahan gizi ganda atau *Double Burden Malnutrition (DBM)*, bahkan sudah menjadi *Triple Burden* seiring dengan meningkatnya berbagai penyakit akibat masalah gizi ganda. Beban masalah gizi ditandai dengan masalah kekurangan gizi khususnya pada balita yang belum sepenuhnya dapat diselesaikan, sementara itu masalah kelebihan berat badan dan obesitas justru meningkat pada berbagai golongan usia termasuk usia sekolah dan remaja. Permasalahan obesitas anak dan remaja memperlihatkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun yang diikuti dengan peningkatan berbagai penyakit tidak menular.

Gizi masyarakat memiliki hubungan yang sangat erat dengan kejadian stunting dan obesitas, karena kedua masalah tersebut merupakan bentuk gangguan status gizi yang dipengaruhi oleh pola konsumsi, kualitas asupan makanan, serta faktor sosial dan lingkungan. Kekurangan gizi kronis pada masa pertumbuhan dapat menyebabkan stunting, sedangkan pola makan tidak seimbang dan kelebihan asupan energi dapat memicu obesitas. Oleh karena itu, perbaikan gizi masyarakat menjadi kunci utama dalam upaya pencegahan dan pengendalian stunting maupun obesitas.

B. Masalah Stunting dan Obesitas di Indonesia

1. Masalah Stunting

Permasalahan gizi di Indonesia sampai saat ini masih menjadi masalah yang memerlukan adanya perhatian dan penanganan yang sangat serius dari berbagai pihak baik pemerintah, swasta dan masyarakat. Berbagai masalah gizi dan kesehatan mulai dari remaja, ibu hamil, bayi dan balita akan sangat berpengaruh terhadap kualitas sumber daya dan masa depan bangsa Indonesia. Berdasarkan data Riskesdas 2013-2018, SSGI (2019-2024) dan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, permasalahan gizi balita khususnya stunting walaupun terjadi penurunan setiap tahun, tetapi belum mencapai target yang diharapkan sesuai Perpres No. 72 tahun 2021 tentang percepatan penurunan stunting yang menargetkan dalam RPJMN stunting menurun menjadi 14 % tahun 2024. Prevalensi stunting di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat 21,5 % berdasarkan data SKI 2023, dan menurun menjadi 19,8 % berdasarkan data SSGI tahun 2024. Demikian juga halnya wasting turun dari 8,5 % menjadi 7,4 %, tetapi data underweight (gizi kurang) meningkat 15,9 % menjadi 16,9 %. (SSGI, 2024)

Berdasarkan data terakhir (SKI, 2023) data stunting terjadi penurunan. Hal ini disebabkan karena beberapa program intervensi spesifik dan sensitif yang dilaksanakan belum optimal seperti pemantauan dan pertumbuhan balita, pemeriksaan ANC pada ibu hamil, ibu hamil KEK yang belum semua mendapat tambahan asupan gizi, skrining anemia pada remaja dan masalah lain selama 1000 hari kehidupan. Peningkatan angka underweight dapat menjadi sinyal yang kurang baik yang dapat mengarah pada masalah stunting jika tidak ditangani lebih awal. Untuk itu maka diperlukan upaya-upaya untuk mengatasi masalah tersebut dan mencapai penurunan stunting.

2. Masalah Obesitas

Obesitas merupakan penumpukan lemak yang berlebihan pada tubuh sehingga membuat bobot berat badan di atas normal, obesitas di dunia kesehatan dianggap sebagai masalah, karena kegemukan membuat rentan terhadap penyakit. Adapun beberapa penyakit yang timbul dampak dari obesitas diantaranya: penyakit jantung, hipertensi atau stroke, diabetes melitus, kanker, batu empedu, asam urat dan osteoarthritis (Kemenkes RI, 2018).

Semakin hari, jumlah kasus obesitas semakin meningkat. Obesitas memang sudah menjadi masalah global. Hampir semua negara mengalami peningkatan jumlah orang dengan kelebihan berat badan atau obesitas. Data World Health Organization (WHO) tahun 2016 menunjukkan, lebih dari 1,9

milyar orang dewasa berusia 18 tahun ke atas mengalami kelebihan berat badan. Menurut badan kesehatan dunia ini menggambarkan 39 persen orang dewasa berusia 18 ke atas (39 persen pria dan 40 persen wanita) mengalami kelebihan berat badan (Hijratun, 2021).

Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun berdasarkan indeks massa tubuh (IMT) laki-laki dari tahun 2013 sampai dengan 2018 cenderung meningkat yaitu pada tahun 2013 angka obesitas pada laki-laki 19,60%, pada tahun 2016 sebesar 24,00% dan pada tahun 2018 sebesar 26,60%, angka obesitas pada laki-laki dewasa meningkat secara signifikan setiap tahunnya dan angka obesitas pada perempuan dewasa dari tahun 2013 sampai dengan 2018 juga meningkat pada tahun 2013 angka obesitas pada perempuan 32,90%, pada tahun 2017 sebesar 41,60%, dan pada tahun 2018 meningkat lagi menjadi 44,40% (Kemenkes RI, 2018).

Perkembangan periode berikutnya, hasil survei SKI 2023 prevalensi obesitas pada dewasa di Indonesia dengan usia lebih dari 18 tahun. Pada tahun 2018 proporsi obesitas sebesar 21,8 persen, meningkat menjadi 23,4 persen. (WHO. 2024).

C. Faktor Risiko Stunting dan Obesitas

1. Faktor Risiko Stunting

Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya (Kemenkes RI, 2015)

Stunting disebabkan oleh berbagai faktor yang saling mempengaruhi, bukan hanya karena faktor asupan gizi yang buruk pada ibu hamil atau balita saja. Di Indonesia, telah banyak dilakukan penelitian mengenai faktor risiko stunting. Risiko stunting dapat dimulai sejak masa konsepsi, yaitu dari faktor ibu. Ibu yang kurang memiliki pengetahuan mengenai kesehatan dan gizi sejak hamil sampai melahirkan berperan besar menimbulkan stunting pada anak yang dilahirkannya. Pada saat hamil, layanan ANC-Ante Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan), Post Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu setelah melahirkan), dan pembelajaran dini yang berkualitas juga sangat penting. Hal ini terkait dengan konsumsi suplemen

zat besi yang memadai saat hamil, pemberian ASI eksklusif dan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI) yang optimal (Bappenas,2020)

Berdasarkan kerangka penyebab masalah gizi "The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition"⁵ dan "The Underlying Drivers of Malnutrition"⁶, pencegahan stunting perlu dititik beratkan pada penanganan penyebab masalah gizi yang langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung mencakup masalah kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi. Sementara, penyebab tidak langsung mencakup ketahanan pangan (akses pangan bergizi), lingkungan sosial (pemberian makanan bayi dan anak, kebersihan, pendidikan, dan tempat kerja), lingkungan kesehatan (akses pelayanan preventif dan kuratif), dan lingkungan pemukiman (akses air bersih, air minum, dan sarana sanitasi). Keempat faktor tidak langsung tersebut mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor penyebab tidak langsung diharapkan dapat mencegah masalah gizi. (Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, 2019)

2. Faktor Risiko Obesitas

Obesitas merupakan penumpukan lemak yang berlebihan akibat ketidakseimbangan asupan energi (*energi intake*) dengan energi yang digunakan (*energi expenditure*) dalam waktu lama. Beberapa mekanisme fisiologis berperan penting dalam tubuh individu untuk menjaga keseimbangan antara asupan energi dengan keseluruhan energi yang digunakan dan untuk menjaga berat badan stabil. Obesitas ditemukan pada orang dewasa, remaja dan anak-anak. (Kemenkes RI,2015)

Obesitas pada umumnya terjadi karena pola makan yang tidak teratur. Penyebab obesitas sangat kompleks dalam arti banyak sekali faktor yang menyebabkan obesitas terjadi. Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya obesitas seperti faktor lingkungan, genetik, psikis, kesehatan, obat-obatan, perkembangan dan aktivitas fisik. Faktor lingkungan seseorang memegang peranan yang cukup berarti, lingkungan ini termasuk pengaruh gaya hidup dan bagaimana pola makan seseorang. Pola makan yang berlebih dapat menjadi faktor terjadinya obesitas. Dampak dari obesitas adalah berpotensi mengalami berbagai penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, dan lain-lain. (Kemenkes, 2015)

Hasil penelitian Heryuditasari (2018) menyatakan pola makan tidak teratur menunjukkan 34 siswi dengan persentase (60,7%) menyebabkan terjadinya obesitas. Selanjutnya beberapa penelitian membuktikan yang paling populer sebagai penyebab obesitas yaitu kurangnya aktivitas fisik. Aktivitas

fisik yang tidak adekuat menyebabkan semakin banyak lemak tubuh yang ditimbun pada jaringan, sedangkan kesegaran jasmani yang rendah dapat mempengaruhi kesehatan fisik anak gizi lebih dan obesitas. Kesegaran jasmani didefinisikan sebagai suatu keadaan yang dimiliki atau dicapai seseorang dalam kaitannya dengan kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik. Hasil penelitian Praditasari dan Sri Sumarmi (2018) menyatakan aktifitas fisik yang ringan memiliki faktor risiko 9,533 kali lebih besar untuk menyebabkan terjadinya kegemukan dibandingkan dengan aktifitas fisik berat.

Seseorang yang secara fisik bugar dapat melakukan aktivitas fisik sehari-harinya dengan giat, memiliki risiko rendah dalam masalah kesehatan dan dapat menikmati olahraga serta berbagai aktivitas lainnya (Sembiring, 2019). Aktivitas fisik sangat dibutuhkan untuk menjaga status gizi, terutama menjaga berat badan agar dalam keadaan rentang yang normal. Aktifitas fisik juga dapat membantu meningkatkan daya tahan dan sistem kekebalan tubuh. Aktivitas fisik dapat dilakukan di sekolah, di tempat kerja, dan di rumah yang dapat dilakukan untuk mengisi waktu senggang sehari-hari.

D. Implementasi Program Gizi Masyarakat

1. Strategi Program Gizi Masyarakat dalam pencegahan stunting

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023, prevalensi stunting di Indonesia pada tahun 2023 adalah sebesar 21,5%. Artinya, saat ini masih ada 1 dari 5 anak Balita Indonesia mengalami kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama, yang berpotensi akan mengganggu pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif serta motoriknya dan akan mempengaruhi kesehatan dan produktivitasnya ketika dewasa. Prevalensi stunting telah mengalami penurunan sebesar 9,3% poin selama 5 tahun terakhir dari 30,8% pada tahun 2018 menjadi 21,5% pada tahun 2023 atau rata-rata penurunan per tahun adalah 1,86%. Jika ditarik dalam 10 tahun terakhir dari mulai tahun 2013, maka penurunan prevalensi stunting menurun sebesar 15,7% poin dari 37,2% pada tahun 2013 menjadi 21,5% pada tahun 2023. (Kemenkes, Riskesdas Tahun 2018 dan SKI Tahun 2023)

Stunting telah menjadi perhatian Pemerintah Indonesia sejak tahun 2013. Pada saat itu, prevalensi stunting pada Balita di Indonesia mencapai 37,2%. Oleh karena itu disusunlah Peraturan Presiden (Perpres) No 42 Tahun 2013 tentang Percepatan Perbaikan Gizi yang mengatur tentang pentingnya pelaksanaan percepatan perbaikan gizi, terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Penurunan stunting juga masuk menjadi salah satu prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2014 – 2019,

selanjutnya penurunan stunting menjadi prioritas nasional dalam RPJMN Tahun 2019 - 2024.

Pencegahan stunting memerlukan intervensi gizi yang konvergen, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik dilakukan untuk menanggulangi faktor penyebab langsung, sedangkan intervensi gizi sensitif untuk penyebab tidak langsung. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang konvergen untuk menysasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan stunting. Untuk memastikan konvergensi intervensi tersebut, diperlukan komitmen dari pimpinan nasional tertinggi.

Pencegahan stunting telah dijadikan prioritas nasional agar generasi muda di Indonesia dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Pemerintah telah mengeluarkan Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Pencegahan Stunting sebagai panduan bagi pemerintah pusat dan daerah dalam melaksanakan upaya pencegahan stunting. Stranas stunting mencakup upaya perbaikan gizi melalui intervensi gizi spesifik dan sensitif. Intervensi gizi spesifik ditujukan untuk mengatasi masalah terkait gizi secara langsung, lewat sektor kesehatan. Sedangkan intervensi gizi sensitif berusaha menanggulangi masalah non-kesehatan yang berkontribusi pada stunting, seperti penyediaan air bersih, ketahanan pangan, jaminan kesehatan, dan sebagainya.

Mengingat begitu kompleksnya masalah stunting, maka pencegahan stunting perlu dilakukan bersama antara pemerintah dan non pemerintah secara komprehensif. Peran serta aktif dari masyarakat terutama remaja sebagai calon orangtua sangat diperlukan dalam pencegahan stunting. Remaja diharapkan dapat menjalankan perilaku hidup sehat, termasuk konsumsi makanan bergizi seimbang. Selain itu, remaja dapat memperluas wawasannya dengan mendalami isu stunting dan menyuarakan permasalahan dan dampak dari stunting kepada masyarakat secara luas. Remaja sebagai *agent of change* di masyarakat juga dapat memberikan sumbang saran dan mendukung program-program pemerintah dalam upaya pencegahan stunting

2. Strategi Program Gizi Masyarakat dalam Pencegahan Obesitas

Menurut WHO tahun 2008, sebesar 65% penduduk dunia tinggal di negara dimana obesitas dan overweight membunuh lebih banyak dari pada underweight (termasuk pada negara high dan middle income). Setidaknya 2,8 juta orang dewasa meninggal setiap tahun akibat overweight dan obesitas. Selain itu, overweight dan obesitas memiliki risiko mengalami diabetes (44%),

penyakit jantung iskemik (23%) dan kanker (7%-41%). Merujuk pada Sustainable Development Goals (SDG's) yang dikeluarkan oleh WHO pada tahun 2014 masalah kesehatan banyak dipengaruhi oleh sektor diluar kesehatan seperti sektor industri dan perdagangan. Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan indikator ke-3 pada SDG's

Di Indonesia, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), menunjukkan peningkatan prevalensi obesitas pada penduduk berusia > 18 tahun dari 11,7% (2010) menjadi 15,4% (2013). Riskesdas tahun 2013 juga menunjukkan disparitas prevalensi obesitas dari nilai prevalensi nasional pada beberapa provinsi di Indonesia

Obesitas disebabkan oleh beberapa faktor yaitu genetik, lingkungan, dan obat-obatan dan hormonal. Berdasarkan data Riskesdas tentang analisis survei konsumsi makanan individu (SKMI, 2014) sebesar 40,7% masyarakat Indonesia mengonsumsi makanan berlemak, 53,1% mengonsumsi makanan manis, 93,5% kurang konsumsi sayur dan buah, dan 26,1% aktivitas fisik kurang. Konsumsi sayur dan olahannya hanya sebesar 57,1 gram per orang per hari (dari anjuran 200-300 gram per orang per hari) dan konsumsi buah buahan dan olahannya sebesar 33,5 gram per orang per hari (dari anjuran 3-5 penukar). Angka ini masih rendah sehingga belum mencukupi kebutuhan tubuh akan vitamin, mineral, dan serat (SKMI, 2014)

Prinsip pengendalian obesitas adalah mengatur keseimbangan energi yang masuk harus lebih rendah dibandingkan dengan yang dibutuhkan, serta meningkatkan pengeluaran/pembakaran energi sehingga meningkatkan laju metabolisme dan memperbaiki komposisi tubuh. Untuk memenuhi kebutuhan energi tubuh tidak hanya menggunakan energi yang diasup tetapi juga energi yang berasal dari pembakaran jaringan lemak yang berlebih. Pengaturan keseimbangan energi harus dilakukan sepanjang kehidupan sebagai gaya hidup bukan hanya sebagai program. Jika terjadi ketidakseimbangan energi yaitu asupan lebih besar dari yang dikeluarkan maka kelebihan energi akan disimpan menjadi lemak dan menjadi obesitas. Oleh karena itu, seseorang yang obesitas harus menerapkan perubahan gaya hidup selama kehidupannya. (Kemenkes, 2015).

Agar pengendalian obesitas dapat berjalan secara optimal, maka kebijakan umum penanggulangan PTM harus didasari pada partisipasi dan pemberdayaan masyarakat karena kesehatan adalah tanggung jawab bersama masyarakat, swasta, dan pemerintah. Salah satu upaya penting adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, maka strategi pengendalian obesitas berbasis masyarakat secara umum meliputi penguatan hukum,

peraturan dan perundangan, peningkatan pemberdayaan masyarakat, pelaksanaan riset operasional, pendekatan kemitraan, peningkatan dan pengembangan sumber daya, peningkatan intervensi berbasis bukti. (Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia, 2025)

Strategi pencegahan obesitas melalui program gizi masyarakat di Indonesia merupakan upaya komprehensif yang mengintegrasikan intervensi perilaku, kebijakan lingkungan, dan deteksi dini. Strategi ini berfokus pada pergeseran paradigma dari pengobatan menuju pencegahan melalui inisiatif seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan GENTAS (Gerakan Nusantara Tekan Obesitas).

Pilar utama dari strategi ini meliputi edukasi pola makan seimbang melalui panduan "Isi Piringku", pembatasan konsumsi Gula, Garam, dan Lemak (GGL), serta peningkatan aktivitas fisik secara terstruktur di tingkat komunitas. Keberhasilan program-program ini sangat bergantung pada sinergi lintas sektor mulai dari ketersediaan pangan sehat yang terjangkau hingga regulasi label gizi pada makanan kemasan guna menciptakan lingkungan yang mendukung masyarakat dalam mengambil keputusan kesehatan yang lebih baik

E. Simpulan

Masalah stunting merupakan permasalahan gizi yang dihadapi dunia khususnya negara-negara miskin dan berkembang. Stunting merupakan kegagalan pertumbuhan akibat akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai dengan usia 24 bulan. Banyak faktor yang menyebabkan tingginya kejadian stunting pada balita. Masyarakat belum menyadari stunting sebagai suatu masalah dibandingkan dengan permasalahan kurang gizi lainnya. Secara global kebijakan yang dilakukan untuk penurunan kejadian stunting difokuskan pada kelompok 1000 hari pertama atau yang disebut dengan Scaling Up Nutrition. WHO merekomendasikan penurunan stunting sebesar 3,9% per tahun dalam rangka memenuhi target 40% penurunan stunting pada tahun 2025. Intervensi dilakukan pada sepanjang siklus kehidupan baik di sektor kesehatan maupun non kesehatan yang melibatkan berbagai lapisan masyarakat seperti pemerintah, swasta, masyarakat sipil, PBB melalui tindakan kolektif untuk peningkatan perbaikan gizi, baik jangka pendek (intervensi spesifik) maupun jangka panjang (sensitif).

Demikian dalam penanggulangan masalah obesitas, pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk menciptakan kesadaran, kemauan, dan kemampuan individu, keluarga, masyarakat dalam meningkatkan peran serta aktif di berbagai upaya pencegahan dan pengendalian obesitas, diperlukan keterlibatan berbagai

sektor dari pemerintah, pemerintah daerah, swasta/ dunia usaha melalui CSR, organisasi masyarakat, organisasi profesi, PKK, gerakan Pramuka (Saka Bhakti Husada), LSM dan kelompok-kelompok masyarakat yang peduli kesehatan. Berbagai upaya yang dilakukan oleh sektor dalam pencegahan dan pengendalian obesitas harus melibatkan masyarakat secara aktif, agar dapat berpartisipasi. Pemerintah daerah diharapkan dapat berperan dengan menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS), serta menyediakan sarana dan prasarana yang dapat memungkinkan masyarakat berpartisipasi dalam pencegahan dan pengendalian obesitas seperti adanya kebijakan bebas kendaraan (car free day) yang dapat memberi kesempatan seluruh masyarakat dapat berpartisipasi, kebijakan mewajibkan seluruh perkantoran dan tempat kerja setiap hari jumat berolah raga serta cek kesehatan secara rutin, menerapkan kebijakan di perkantoran dan tempat kerja menerapkan menu seimbang “isi piringku” dan menyediakan sarana seperti untuk jalan kaki, jalur sepeda beserta tempat parkirnya, lapangan olahraga, lain sebagainya. Dengan melakukan upaya yang terencana dan terus-menerus oleh pemerintah/pemerintah daerah bersama segenap masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian obesitas mampu memberikan hasil yang maksimal.

F. Referensi

-
- Heryuditasari, K. (2018). Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Obesitas, Skripsi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendikia Medika, Jombang
- Hijratun. 2021. Perawatan Luka Pada Pasien Post Sectio Caesarea. Gowa: Pustaka Taman Ilmu
- Kemenkes RI. 2018. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes, Riskesdas Tahun 2018 dan SKI Tahun 2023
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). (2020). Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024.
- Kemenkes, 2021 Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P), Pedoman Pengelolaan Pencegahan Obesitas Bagi Tenaga Kesehatan
- Obesity and overweight. Whorld Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Praditasari, J. A., & Sumarmik, S. (2018). Asupan Lemak, Aktivitas Fisik Dan Kegemukan Pada Remaja Putri Di SMP Bina Insani Surabaya, Media Gizi Indonesia, 13(2),117-123

Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, 2019. Strategi nasional pencegahan anak kerdil stunting, Periode 2018-2024. Sekretariat Percepatan Pencegahan Stunting

Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2025). Konsensus Tata Laksana Multidisiplin Obesitas Pada Dewasa.

G. Glosarium

SKI	= Survei Kesehatan Indonesia
Riskesdas	= Riset Kesehatan Dasar
SSGI	= Survei Status Gizi Indonesia
ANC	= Ante Natal Care
IMT	= Indeks Massa Tubuh
HPK	= Hari Pertama Kehidupan
MPASI	= Makanan Pendamping Air Susu Ibu
PTM	= Penyakit Tidak Menular
SKMI	= Survei Konsumsi Makanan Indonesia
Germas	= Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
Gentas	= Gerakan Nusantara Tekan Obesitas

CHAPTER 6

MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN LINGKUNGAN: SANITASI, AIR BERSIH, DAN HIGIENE RUMAH TANGGA

Ns. Musripah. M.Kep., Sp.Kep.K.

A. Pendahuluan

Manajemen program kesehatan lingkungan merupakan pilar fundamental dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui intervensi terintegrasi pada aspek sanitasi, penyediaan air bersih, dan perilaku higiene rumah tangga. Keberhasilan program ini tidak hanya bergantung pada ketersediaan infrastruktur fisik, tetapi juga pada efektivitas perencanaan, pengorganisasian, dan pengawasan yang mampu menyentuh level unit terkecil masyarakat, yaitu keluarga.

Manajemen program kesehatan lingkungan di era modern tahun 2026 merupakan sebuah pendekatan sistemik yang mengintegrasikan aspek teknis infrastruktur dengan transformasi perilaku masyarakat guna menciptakan ketahanan kesehatan nasional. Keberhasilan manajemen ini berakar pada kemampuan untuk mensinergikan penyediaan air minum yang aman, pengelolaan sanitasi yang layak, dan praktik higiene rumah tangga sebagai satu kesatuan intervensi yang tak terpisahkan. Dalam implementasinya, tata kelola air bersih diarahkan pada pemenuhan standar kualitas ketat sesuai Permenkes Nomor 2 Tahun 2023, sementara program sanitasi bertransformasi menuju "Sanitasi Aman" melalui penguatan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik. Strategi ini menjadi sangat krusial sebagai intervensi sensitif dalam percepatan penurunan angka *stunting*, di mana lingkungan yang bersih terbukti secara klinis mampu mencegah infeksi enterik yang menghambat pertumbuhan optimal pada balita.

Efektivitas manajemen program ini sangat bergantung pada mekanisme monitoring dan evaluasi yang presisi, yang kini telah didukung oleh digitalisasi surveilans melalui platform SATU SEHAT dan e-Monev Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Melalui pemantauan *real-time*, setiap risiko pencemaran lingkungan dapat dideteksi lebih dini, mulai dari tingkat sumber air hingga ke perilaku higiene di dapur rumah tangga. Pada akhirnya, manajemen kesehatan lingkungan bukan sekadar upaya pembangunan fisik sarana, melainkan sebuah proses pemberdayaan berkelanjutan yang mendorong kemandirian keluarga dalam menjaga kualitas lingkungan huniannya. Dengan kolaborasi lintas sektor dan keterlibatan aktif masyarakat, manajemen yang komprehensif ini menjadi fondasi

utama bagi terciptanya generasi Indonesia 2026 yang lebih sehat, produktif, dan berdaya saing global. Dalam konteks global saat ini, tantangan akses terhadap air minum yang aman dan fasilitas sanitasi yang layak menuntut adanya strategi manajemen yang adaptif serta berbasis data untuk menurunkan angka kejadian penyakit berbasis lingkungan seperti diare dan *stunting*. Oleh karena itu, bab ini akan mengulas secara komprehensif mengenai kerangka kerja operasional, strategi pemberdayaan masyarakat melalui pendekatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat), serta mekanisme pemantauan kualitas lingkungan rumah tangga guna menjamin keberlanjutan dampak kesehatan dalam jangka panjang

Di tahun 2026, kesehatan lingkungan telah bertransformasi dari sekadar isu sanitasi dasar menjadi pilar ketahanan nasional yang krusial di tengah dinamika global yang kian kompleks. Era modern membawa tantangan baru berupa perubahan iklim ekstrem dan urbanisasi pesat yang secara langsung mengancam kualitas akses air bersih serta sistem pengelolaan limbah rumah tangga. Urgensi manajemen program kesehatan lingkungan saat ini tidak hanya terletak pada pencegahan penyakit menular tradisional seperti diare, tetapi juga menjadi kunci utama dalam upaya percepatan penurunan angka *stunting* di Indonesia. Berdasarkan data terbaru, faktor lingkungan kotor dan sanitasi yang buruk memberikan kontribusi signifikan—bahkan hingga 70% menurut beberapa kajian klinis—terhadap risiko gangguan pertumbuhan pada anak akibat infeksi berulang yang menghambat penyerapan nutrisi.

Krisis iklim yang semakin nyata pada tahun 2026, ditandai dengan ketidakpastian pola hujan dan peningkatan suhu, memperburuk kerentanan sumber daya air masyarakat. Kondisi ini menuntut manajemen program yang lebih adaptif dan preventif, di mana intervensi tidak lagi bersifat sporadis melainkan terintegrasi dalam manajemen risiko kesehatan masyarakat yang sistematis. Selain itu, pergeseran gaya hidup modern di pemukiman padat menuntut standarisasi higiene rumah tangga yang lebih ketat guna memutus rantai penularan penyakit tular air (*water-borne diseases*) dan tular vektor. Oleh karena itu, memahami urgensi kesehatan lingkungan berarti menyadari bahwa kualitas hidup manusia di masa depan sangat bergantung pada efektivitas pengelolaan interaksi antara individu dengan lingkungannya melalui penguatan sistem air bersih, sanitasi layak, dan perilaku higiene yang berkelanjutan.

B. Sanitasi

1. Definisi Sanitasi

Sanitasi adalah upaya pencegahan penyakit yang dilakukan melalui pengelolaan limbah manusia, air limbah, sampah, dan pengendalian lingkungan (WHO,2022) mengelompokkan sanitasi ke dalam dua tingkatan:

1. Sanitasi Dasar (*basic sanitation*): fasilitas minimum seperti jamban leher angsa dan sistem pembuangan sederhana.
2. Sanitasi Aman (*safely managed*): limbah manusia dikumpulkan, diolah, dan dibuang dengan aman.

Inovasi dalam sistem sanitasi semakin berkembang, seperti penggunaan biofiltrasi, IPAL komunal, dan *septic tank* berstandar SNI yang ramah lingkungan. Bahkan, pendekatan sirkular ekonomi telah mulai diterapkan, di mana limbah domestik diolah menjadi pupuk atau biogas, mengurangi pencemaran sekaligus meningkatkan nilai guna.

2. Program Kesehatan lingkungan : Sanitasi

Berdasarkan kebijakan kesehatan nasional tahun 2026 dan pedoman penyehatan lingkungan dari Kementerian Kesehatan RI, program kesehatan lingkungan dalam aspek Sanitasi meliputi:

- a. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM):** Program unggulan yang fokus pada perubahan perilaku untuk mencapai desa/kelurahan ODF (*Open Defecation Free*) atau Stop Buang Air Besar Sembarangan.
- b. Penyelenggaraan Sanitasi Aman:** Transformasi dari akses sanitasi layak menuju akses aman, di mana limbah tinja tidak hanya ditampung tetapi juga dipastikan disedot dan diolah di Instalasi Pengolahan Lumpur Tinja (IPLT).
- c. Pengelolaan Limbah Cair Domestik:** Program pembangunan dan pengawasan Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Terpusat (SPALD-T) maupun Setempat (SPALD-S) untuk mencegah pencemaran air tanah.
- d. Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) Jamban Keluarga:** Penilaian teknis terhadap fasilitas jamban di tingkat rumah tangga guna memastikan kesesuaian dengan standar [Permenkes No. 2 Tahun 2023](#).
- e. Sanitasi Sekolah dan Tempat-Tempat Umum (TTU):** Program penyediaan dan pemeliharaan fasilitas sanitasi yang responsif gender dan inklusif di sekolah, pasar, dan tempat ibadah.
- f. Layanan Lumpur Tinja Terjadwal (L2T2):** Program manajemen penyedotan tangki septik secara berkala (minimal 3-5 tahun sekali) yang terintegrasi dengan pemerintah daerah.

- g. Digitalisasi Monitoring Sanitasi (e-Monev STBM):** Pemantauan progres akses sanitasi nasional secara *real-time* melalui platform STBM Indonesia.
- h. Pemicuan Perubahan Perilaku:** Kegiatan lapangan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya sanitasi dalam mencegah *stunting* dan penyakit diare.

C. Air Bersih

1. Tata Kelola Air Bersih Dan Standar Kualitas Air Minum.

Menurut Permenkes RI No. 2 Tahun 2023, air bersih adalah air yang Digunakan untuk keperluan sehari-hari dan memenuhi persyaratan kesehatan, baik secara kimia, mikrobiologi, maupun radioaktivitas. Air dinyatakan memenuhi syarat apabila tidak berwarna, tidak berbau, tidak berasa, bebas dari mikroorganisme patogen, serta tidak mengandung bahan kimia berbahaya di atas ambang batas. Secara operasional, terdapat dua kategori penting dalam pengelolaan air yaitu air bersih yang digunakan untuk mencuci, mandi, dan keperluan rumah tangga. dan air minum aman yang dikonsumsi langsung, harus melalui proses pengolahan dan pengawasan mutu yang lebih ketat.

Penyediaan air bersih dan sistem sanitasi yang aman merupakan kewajiban negara dan bagian dari pemenuhan hak dasar atas kesehatan masyarakat. Untuk menjamin hal tersebut, keberadaan standar dan regulasi yang mutakhir menjadi elemen fundamental dalam sistem kesehatan lingkungan. Tanpa regulasi yang kuat dan adaptif, sulit memastikan bahwa seluruh masyarakat, terutama kelompok rentan, mendapatkan perlindungan terhadap risiko kesehatan yang ditimbulkan oleh air tercemar dan sanitasi yang tidak layak.

Regulasi utama yang saat ini menjadi rujukan nasional adalah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023, yang diterbitkan sebagai pelaksanaan dari Peraturan Pemerintah No. 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan

Peraturan ini mempertegas penetapan Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan (SBMKL) dan persyaratan kesehatan media air, termasuk air minum, air untuk keperluan higiene dan sanitasi, air kolam renang, air SPA, serta air pemandian umum (Kemenkes RI, 2023). Parameter mutu air ditetapkan berdasarkan empat kategori:

- Fisik (warna, bau, kekeruhan, suhu, dan total padatan terlarut),
- Kimia (seperti arsenik, timbal, nitrat, dan nitrit),
- Mikrobiologi (terutama *Escherichia coli* dan total koliform),
- Radioaktif (kandungan zat radioaktif dalam air minum yang berpotensi merugikan kesehatan).

Pengawasan Kualitas Air secara berkala terdiri dari dua skema, yaitu internal (dilakukan oleh penyedia air minum) dan eksternal (oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta instansi pengawasan lainnya). Instrumen *surveilans* lingkungan yang terdiri dari dua skema, yaitu internal (dilakukan oleh penyedia air minum) dan eksternal (oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta instansi pengawasan lainnya). Instrumen *surveilans* lingkungan yang digunakan antara lain: uji laboratorium, analisis risiko, dan audit pengamanan air minum (RPAM).

Sebagai inovasi terbaru, pemerintah telah mengembangkan SIPEKAM (Sistem Informasi Pengawasan Kualitas Air Minum). Aplikasi ini menjadi pusat data digital nasional dalam memantau kualitas air minum di seluruh Indonesia secara *real time*. SIPEKAM memungkinkan pencatatan hasil uji laboratorium, laporan pengawasan internal PDAM, serta integrasi surveilans oleh tenaga sanitasi lingkungan (Direktorat Kesling, 2023). Selain aspek teknis, standar dan regulasi juga diintegrasikan dalam kerangka pembangunan nasional dan global. Dalam RPJMN 2020 - 2024, pemerintah menargetkan 100% akses air minum layak dan 15% akses air minum aman. Target ini konsisten dan sejalan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) Target 6.1 dan 6.2, yaitu menjamin akses universal terhadap air minum dan sanitasi yang aman, layak, dan berkelanjutan pada tahun 2030 (Bappenas, 2020; WHO & UNICEF, 2023).

2. Program kesehatan lingkungan dalam aspek air bersih

Program kesehatan lingkungan dalam aspek air bersih pada tahun 2026 berfokus pada transisi dari sekadar akses dasar menuju penyediaan air minum yang aman, berkelanjutan, dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Manajemen program ini mengintegrasikan penguatan infrastruktur melalui perluasan jaringan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) dengan pengawasan kualitas air yang ketat sesuai standar Permenkes Nomor 2 Tahun 2023. Di tengah tantangan perubahan iklim tahun 2026, program ini memprioritaskan perlindungan sumber air baku dari kontaminasi limbah serta implementasi Rencana Pengamanan Air Minum (RPAM) untuk memitigasi risiko pencemaran dari hulu hingga ke keran konsumen.

Keberhasilan program air bersih menjadi indikator vital dalam upaya nasional menurunkan angka *stunting* dan penyakit tular air (*water-borne diseases*), mengingat ketersediaan air yang bebas dari bakteri *E. coli* adalah syarat mutlak bagi kesehatan keluarga. Selain aspek teknis, program ini juga mendorong kemandirian masyarakat melalui edukasi pengelolaan air minum di tingkat rumah tangga (PAM-RT) dan penguatan peran kelompok pengelola sarana agar fasilitas yang dibangun tetap berfungsi dalam jangka panjang. Dengan pemanfaatan

teknologi digital untuk surveilans kualitas air secara *real-time*, pemerintah bertujuan memastikan bahwa pada tahun 2026, akses terhadap air minum yang aman bukan lagi sebuah kemewahan, melainkan hak dasar yang terpenuhi untuk mendukung produktivitas dan kesejahteraan bangsa.

Berdasarkan kebijakan kesehatan nasional tahun 2026 dan standar Kementerian Kesehatan RI, program kesehatan lingkungan dalam aspek air bersih meliputi:

- a. **Pengawasan Kualitas Air Minum (PKAM):** Surveilans rutin terhadap sarana air minum untuk memastikan pemenuhan standar fisik, kimia, dan biologi sesuai Permenkes No. 2 Tahun 2023.
- b. **Rencana Pengamanan Air Minum (RPAM):** Manajemen risiko penyediaan air mulai dari sumber (hulu) hingga ke keran konsumen (hilir) untuk mencegah kontaminasi.
- c. **Pengawasan Depot Air Minum (DAM):** Inspeksi sanitasi dan pengujian laboratorium secara berkala terhadap depot air minum isi ulang guna menjamin keamanan konsumsi masyarakat.
- d. **Penyediaan Sarana Air Bersih Berbasis Masyarakat:** Pembangunan dan rehabilitasi sarana air bersih di daerah sulit air (stunting) melalui program Pamsimas (Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat).
- e. **Edukasi Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga (PAM-RT):** Sosialisasi cara mengolah dan menyimpan air minum di rumah agar tetap aman dari bakteri *E. coli*.
- f. **Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) Sarana Air:** Penilaian fisik terhadap infrastruktur air (seperti sumur gali atau perpipaan) untuk mendeteksi potensi kebocoran atau pencemaran dari limbah.
- g. **Digitalisasi Surveilans (e-Monev Air):** Pelaporan kualitas air secara *real-time* oleh petugas sanitarian melalui platform SATUSEHAT.

3. Hubungan Air dan Sanitasi dengan Kesehatan Masyarakat

Kontaminasi air dan buruknya fasilitas sanitasi menjadi penyebab utama penyakit berbasis lingkungan. Data Kemenkes (2023) menunjukkan bahwa lebih dari 20% kejadian diare di Indonesia berkaitan langsung dengan air (*Waterborn Disease*) yang tercemar dan sanitasi yang tidak memadai. Tidak hanya diare, penyakit seperti kolera, tifus, hepatitis A, bahkan stunting juga berkorelasi dengan sanitasi buruk dan kualitas air rendah.

Kondisi sanitasi yang tidak aman meningkatkan risiko infeksi saluran cerna, terutama pada anak usia dini. Infeksi berulang mengakibatkan terganggunya penyerapan nutrisi, yang dalam jangka panjang menyebabkan stunting. Oleh

karena itu, penyediaan air bersih dan sanitasi bukan sekadar program teknis, tetapi strategi penting dalam pencegahan penyakit kronis dan peningkatan kualitas hidup.

4. Pendekatan Teknologi

Dengan kemajuan teknologi, kini tersedia berbagai alat berbasis sensor IoT untuk kualitas air secara real time. Misalnya, sistem *Smart Water Monitoring* yang mendeteksi parameter E. coli, pH, dan suhu, serta mengirim notifikasi jika terjadi pencemaran. Aplikasi pelaporan berbasis komunitas, seperti *Safe Water App*, mulai diadaptasi oleh desa-desa di Indonesia melalui pilot project kolaborasi universitas dan BUMDes. Pendekatan ini diperkuat dengan sinergi intersektoral: tenaga kesehatan, guru, pemerintah desa, dan tokoh agama bersama-sama menjalankan program edukasi perilaku higienis, perbaikan fasilitas sanitasi sekolah, dan pengawasan kualitas air sumur masyarakat.

D. Higiene Rumah Tangga

Program kesehatan lingkungan dalam aspek higiene rumah tangga pada tahun 2026 merupakan intervensi berbasis perilaku yang menjadi garda terdepan dalam memutus rantai penularan penyakit di tingkat keluarga. Manajemen program ini berfokus pada penguatan dua pilar utama Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yaitu praktik Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dan pengelolaan makanan serta air minum yang aman di rumah tangga. Di tahun 2026, strategi edukasi telah bertransformasi menggunakan pendekatan komunikasi perubahan perilaku yang lebih personal dan digital, bertujuan untuk memastikan setiap anggota keluarga mengadopsi kebiasaan higienis, terutama pada waktu-waktu kritis seperti sebelum menjamah makanan dan setelah menggunakan toilet (Kemenkes RI, 2022).

Urgensi higiene rumah tangga sangat berkaitan dengan upaya pencegahan infeksi enterik kronis yang menjadi salah satu penyebab utama kekerdilan atau *stunting* pada anak. Program ini menekankan pada prinsip higiene sanitasi pangan guna mencegah kontaminasi silang melalui pembersihan peralatan masak, penyimpanan bahan makanan pada suhu yang tepat, serta pemastian lingkungan dapur bebas dari vektor penyakit seperti lalat dan tikus. Dengan implementasi standar Permenkes Nomor 2 Tahun 2023, program higiene rumah tangga di tahun 2026 tidak hanya bertujuan meningkatkan kebersihan fisik hunian, tetapi juga membangun budaya sehat yang mandiri sebagai fondasi terciptanya generasi Indonesia yang lebih produktif dan berkualitas

1. Program Kesehatan Lingkungan dalam aspek Higiene Rumah Tangga (Higiene Sanitasi Rumah Tangga)

Program Kesehatan Lingkungan dalam aspek Higiene Rumah Tangga (Higiene Sanitasi Rumah Tangga) di tahun 2026 difokuskan pada upaya perubahan perilaku untuk memutus rantai penularan penyakit. Berdasarkan pedoman Kementerian Kesehatan RI dan pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), program-program utamanya meliputi:

- a. Pemberdayaan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS): Edukasi dan penyediaan sarana CTPS dengan air mengalir di titik-titik strategis rumah tangga untuk memastikan anggota keluarga mencuci tangan pada 5 waktu kritis. sebelum makan, sebelum mengolah makanan, setelah dari toilet, setelah menceboki bayi, dan setelah kontak dengan hewan atau sampah. Data kesehatan global menunjukkan bahwa praktik CTPS yang benar dapat menurunkan risiko diare hingga 40%, menjadikannya intervensi kesehatan masyarakat yang sangat krusial dalam mendukung pertumbuhan anak yang optimal.
- b. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM-RT): Program yang memastikan air minum dikelola dengan benar (perebusan/filtrasi) dan makanan disimpan serta diolah secara higienis untuk mencegah kontaminasi silang. Di era modern ini, prinsip "Lima Kunci Keamanan Pangan" dari WHO menjadi standar operasional bagi rumah tangga: menjaga kebersihan, memisahkan pangan mentah dari pangan matang, memasak dengan benar (suhu minimal 70°C), menyimpan pangan pada suhu aman, serta menggunakan air dan bahan baku yang aman. Risiko kontaminasi silang di dapur rumah tangga seringkali menjadi penyebab utama keracunan pangan dan infeksi parasit. Oleh karena itu, manajemen program kesehatan lingkungan wajib mendorong masyarakat untuk memastikan tempat penyimpanan makanan bebas dari vektor penyakit seperti lalat, kecoa, dan tikus, serta memastikan peralatan makan dicuci dengan air bersih dan sabun guna menjamin keamanan konsumsi keluarga secara menyeluruh.
- c. Pengamanan Sampah Rumah Tangga: Edukasi pemilahan sampah organik dan anorganik di tingkat keluarga serta pencegahan penumpukan sampah yang dapat menjadi sarang vektor penyakit.
- d. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (Grey Water): Memastikan air bekas cucian dan mandi dibuang ke saluran pembuangan yang tertutup agar tidak menjadi tempat perindukan nyamuk atau mencemari tanah sekitar dan harus dikelola menggunakan tangki septik yang kedap air dan sesuai dengan SNI 2398:2017, guna mencegah kontaminasi bakteri koliform ke dalam air tanah yang menjadi sumber air minum warga.

- e. Pengendalian Vektor di Rumah Tangga: Program inspeksi mandiri untuk memastikan lingkungan rumah bebas dari jentik nyamuk (melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik), lalat, dan tikus.
- f. Higiene Sanitasi Hunian (Rumah Sehat): Pemantauan kualitas udara dalam ruangan, pencahayaan alami, serta kecukupan ventilasi guna mencegah penyakit saluran pernapasan di tahun 2026.

2. Integrasi Konsep WASH (*Water, Sanitation, and Hygiene*)

Konsep *WASH (Water, Sanitation, and Hygiene)* merupakan pendekatan terpadu yang menekankan pentingnya hubungan sinergis antara penyediaan air bersih, sistem sanitasi yang layak, dan praktik kebersihan yang baik dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Ketiga elemen ini tidak dapat berdiri sendiri, melainkan harus diintegrasikan secara menyeluruh agar mampu memutus rantai penularan penyakit dan menciptakan lingkungan yang sehat (UNICEF, 2022).

Integrasi *WASH* menjadi landasan intervensi kesehatan lingkungan yang efektif, khususnya dalam mengurangi beban penyakit berbasis air dan limbah domestik. Misalnya, akses air bersih tanpa disertai sanitasi yang baik akan tetap menempatkan masyarakat dalam risiko tinggi terhadap kontaminasi fekal. Demikian pula, keberadaan toilet sehat tidak akan efektif jika tidak diiringi dengan ketersediaan air untuk membasuh atau kebiasaan mencuci tangan dengan sabun (WHO, 2023). Pendekatan *WASH* telah diimplementasikan melalui berbagai program nasional seperti STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) di Indonesia. Program ini sejalan dengan tujuan *WASH* dan telah menunjukkan efektivitasnya dalam menurunkan kejadian penyakit diare dan mendukung upaya penurunan stunting di beberapa daerah (Kemenkes RI, 2022).

Pendekatan *WASH* juga ditekankan dalam SDGs Target 6, yang tidak hanya menargetkan akses universal terhadap air dan sanitasi, tetapi juga menuntut peningkatan dalam aspek kebersihan (*hygiene*). Oleh karena itu, kampanye perubahan perilaku higienis menjadi komponen kunci dalam kampanye kesehatan lingkungan, khususnya di sekolah, tempat kerja, dan komunitas rentan. Integrasi *WASH* tidak hanya penting dalam kondisi normal, tetapi juga krusial pada saat bencana atau krisis kemanusiaan. Dalam situasi seperti banjir, gempa bumi, atau pandemi, akses air bersih dan fasilitas sanitasi sering terganggu, dan risiko penularan penyakit meningkat tajam. Di sinilah peran *WASH* sebagai strategi mitigasi menjadi sangat vital (Kemenkes RI, 2022).

Air bersih dan sanitasi yang layak merupakan fondasi bagi kesehatan lingkungan. Pemahaman mendalam terhadap konsep dasar, ditambah dengan integrasi teknologi dan pendekatan lintas sektoral dapat meningkatkan

efektivitas intervensi. Bagi Indonesia pengelolaan air dan sanitasi di menjadi krusial tidak hanya untuk mencegah penyakit, tetapi juga sebagai langkah strategis dalam menurunkan prevalensi stunting dan membangun masyarakat yang sehat serta tangguh lingkungan (Kemenkes RI, 2022).

E. Monitoring, Evaluasi, Dan Indikator Keberhasilan Program

Monitoring dan evaluasi (Monev) merupakan instrumen manajemen yang krusial untuk memastikan bahwa program kesehatan lingkungan berjalan sesuai jalur dan memberikan dampak nyata bagi kesehatan masyarakat. Memasuki tahun 2026, sistem monitoring telah bertransformasi ke arah digitalisasi melalui pemanfaatan aplikasi *real-time* seperti e-Monev STBM dan Sistem Informasi Kesehatan Lingkungan (Sikel) yang memungkinkan petugas kesehatan memantau perkembangan akses sanitasi dan kualitas air hingga ke tingkat desa. Proses evaluasi dilakukan secara berkala untuk menilai efektivitas intervensi, mengidentifikasi hambatan di lapangan, serta memastikan alokasi sumber daya—baik anggaran maupun tenaga sanitarian—telah tepat sasaran dalam menurunkan beban penyakit berbasis lingkungan (Kemenkes RI, 2022).

Indikator keberhasilan program diukur melalui parameter yang terukur dan terstandardisasi secara nasional. Pertama adalah **Indikator Output**, yang mencakup persentase rumah tangga dengan akses air minum layak, cakupan jamban sehat (sanitasi aman), serta jumlah desa yang telah mencapai status ODF (*Open Defecation Free*). Kedua adalah **Indikator Perilaku**, yang memantau tingkat kepatuhan masyarakat dalam praktik Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dan pengelolaan air minum rumah tangga yang aman. Terakhir, dan yang paling fundamental, adalah **Indikator Dampak (Outcome)**, yaitu penurunan angka kejadian penyakit diare pada balita serta kontribusi nyata terhadap penurunan prevalensi *stunting* di wilayah kerja terkait. Keberhasilan manajemen program pada akhirnya tidak hanya diukur dari selesainya pembangunan fisik, tetapi dari terciptanya kemandirian masyarakat dalam menjaga kualitas lingkungan hunian secara berkelanjutan (Kemenkes RI, 2022).

F. Simpulan

1. Integrasi Sektor (WASH): Manajemen kesehatan lingkungan yang efektif bergantung pada keterkaitan antara penyediaan air bersih, sanitasi yang layak, dan perilaku higiene. Ketiganya merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan untuk memutus rantai penularan penyakit berbasis lingkungan seperti diare, kolera, dan stunting.

2. Ketersediaan Air Bersih: Fokus utama manajemen adalah menjamin aksesibilitas, kuantitas, dan kualitas air sesuai standar kesehatan. Pengelolaan sumber air harus dilindungi dari kontaminasi bakteriologis maupun kimia guna mendukung kebutuhan domestik dan higiene pribadi.
3. Sanitasi Layak dan Aman: Keberhasilan program diukur dari kemampuan masyarakat meninggalkan praktik Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dan beralih ke fasilitas sanitasi yang aman (seperti tangki septik yang disedot secara rutin). Hal ini krusial untuk mencegah pencemaran limbah domestik ke lingkungan dan sumber air tanah.
4. Perubahan Perilaku (Higiene): Intervensi fisik (infrastruktur) harus disertai dengan edukasi perubahan perilaku, khususnya budaya Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) pada waktu-waktu kritis serta pengelolaan makanan dan minuman rumah tangga yang higienis.
5. Pendekatan Berbasis Masyarakat: Manajemen program yang berkelanjutan memerlukan pendekatan partisipatif, seperti program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yang mendorong kemandirian komunitas dalam menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat tanpa bergantung sepenuhnya pada bantuan fisik pemerintah.

Manajemen kesehatan lingkungan adalah upaya sistematis untuk menciptakan ekosistem rumah tangga yang sehat melalui penyediaan sarana fisik yang memadai dan penguatan perilaku hidup bersih untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

G. Referensi

-
- Freeman, M. C., et al. (2014). Hygiene and health: systematic review of handwashing practices and risk of disease. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(3), 191–202.
- Humphrey, J. H. (2019). Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing. *The Lancet*, 383(9930), 1032–1035. 37
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga (KAMRT)*. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Laporan Nasional STBM Tahun 2021*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Lingkungan
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Pelaksanaan PP No. 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

- Kementerian PUPR. (2020). *Rencana Strategis Kementerian PUPR 2020–2024*. Jakarta: Direktorat Jenderal Cipta Karya.
- Kementerian PUPR. (2022). *Petunjuk Teknis Penurunan NRW Nasional*. Jakarta: Direktorat Air Minum.
- Kementerian PUPR. (2023). *Proyeksi Kebutuhan Penyediaan Air Minum Nasional 2030*. Jakarta: Direktorat Jenderal Cipta Karya.
- UNICEF. (2022). *WASH in Health Care Facilities: Global Progress Report 2022*. New York: UNICEF and WHO.
- UNICEF. (2022). *WASH: A foundation of health, education and wellbeing*. Retrieved from <https://www.unicef.org/wash/>
- World Bank. (2022). *Indonesia Water Supply and Sanitation Sector Assessment*. Washington DC: The World Bank.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2022: Special focus on gender*. Geneva: WHO and UNICEF.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Water, sanitation, hygiene, and health: Strategy 2023–2030*. Geneva: WHO Press.

H. Glosarium

STBM = Monev Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
 ODF = *Open Defecation Free*
 IPLT = Pengolahan Lumpur Tinja
 SPALD-T = Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Terpusat
 SPALD-S) = Sistem Pengelolaan Air Limbah Domestik Setempat
 IKL = Inspeksi Kesehatan Lingkungan
 TTU = Sanitasi Sekolah dan Tempat-Tempat Umum
 L2T2 = Layanan Lumpur Tinja Terjadwal
 SIPEKAM = Sistem Informasi Pengawasan Kualitas Air Minum
 PAM – RT = pengelolaan air minum di tingkat rumah tangga
 PAMM- RT = Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga
 SPAM = Sistem Penyediaan Air Minum
 RPAM = Rencana Pengamanan Air Minum
 PKAM = Pengawasan Kualitas Air Minum
 DAM = Depot Air Minum
 PAMSIMAS = Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat
 CTPS = Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)
WASH = Water, Sanitation, and Hygiene
 SIKEL = Sistem Informasi Kesehatan Lingkungan

CHAPTER 7

PERAWATAN BERBASIS KOMUNITAS UNTUK LANSIA DAN PENDERITA KEBUTUHAN KHUSUS

Ardila Lailatul Barik, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan

Perawatan berbasis komunitas merupakan pendekatan layanan kesehatan dan sosial yang dirancang untuk membantu lansia dan penyandang disabilitas tetap tinggal dan berfungsi secara mandiri dalam lingkungan tempat mereka hidup sehari-hari, dengan dukungan dari keluarga, masyarakat, dan layanan setempat. Pendekatan ini muncul sebagai respon terhadap meningkatnya jumlah lansia dan orang dengan keterbatasan fungsi yang membutuhkan bantuan untuk aktivitas kehidupan sehari-hari (misalnya mandi, berpakaian, mobilitas) serta dukungan sosial tanpa harus menjalani perawatan di institusi atau panti jompo. Pendekatan ini meningkatkan akses layanan dan mengurangi ketergantungan pada perawatan institusional, sekaligus memungkinkan penghuni komunitas untuk tetap terhubung dengan lingkungan sosialnya serta memperbaiki kualitas hidup mereka secara keseluruhan.

Dalam konteks sosial dan kebijakan, perawatan berbasis komunitas juga menekankan pemberdayaan keluarga dan warga setempat sebagai bagian dari sistem dukungan jangka panjang. Di Indonesia dan beberapa komunitas lainnya, intervensi seperti pelatihan caregiver informal, kelompok pendamping lansia, hingga dukungan posyandu lansia secara langsung berkontribusi terhadap peningkatan keterampilan merawat lansia dengan kondisi kompleks termasuk yang mengalami disabilitas atau penyakit kronis seperti demensia. Penelitian tentang layanan komunitas menunjukkan bahwa keterlibatan aktif masyarakat dalam perawatan tidak hanya membantu pemenuhan kebutuhan fisik dan kesehatan, tetapi juga memberikan dukungan emosional dan sosial yang signifikan; misalnya program edukasi keluarga dan pendampingan rutin di komunitas menunjukkan peningkatan pengetahuan serta keterampilan keluarga dalam merawat lansia, yang berimplikasi positif terhadap kualitas hidup lansia dan peran sosial mereka di lingkungan sekitar.

B. Lansia

Lanjut usia (lansia) adalah orang yang mencapai usia 60 tahun ke atas yang mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara (UU RI NO 13 tahun 1998). Menurut WHO (Word Health Organization) membagi masa lanjut usia sebagai berikut : a) usia 45-60 tahun, disebut middle age (setengah baya atau A-teda madya); b) usia 60-75 tahun, disebut alderly (usia lanjut atau wreda utama); c) usia 75-90 tahun, disebut old (tua atau prawasana); d) usia diatas 90 tahun, disebut old (tua sekali atau wreda wasana).

Pegertian lain dikemukakan oleh Kementerian Sosial RI yang membagi lansia menjadi tiga kategori yang didasari pada kondisi fisik, mental, kondisi sosial dari lansia serta tingkat kemandirian dan ketergantungan lansia terhadap lingkungan. Kategori tersebut sebagai berikut: a. Lansia Pra-Lanjut Usia (Pra-LU), yaitu lansia yang berusia antara 60-69 tahun, b) Lansia Lanjut Usia (LU), yaitu lansia yang berusia antara 70-79 tahun dan c) Lansia Lanjut Usia Akhir (LUA), yaitu lansia yang berusia 80 tahun ke atas.

Usia 60 tahun ke atas merupakan tahap akhir dari proses penuaan yang memiliki dampak terhadap tiga aspek, yaitu biologis, ekonomi, dan sosial. Secara biologis, lansia akan mengalami proses penuaan secara terus menerus yang ditandai dengan penurunan daya tahan fisik dan rentan terhadap serangan penyakit. UNFPA (United Nations Population Fund) bersama dengan BPS serta Kementerian PPN menyebutkan bahwa satu dari lima penduduk Indonesia merupakan penduduk dengan kategori lansia. Selain itu berdasarkan data BPS tahun 2019 menunjukkan bahwa proporsi lansia di Indonesia sebesar 10% atau sebanyak 25,66 juta jiwa. Hal ini disebabkan karena semakin meningkatnya harapan hidup dan menurunnya Angka kematian di Indonesia. Tentu ini merupakan hasil dari peningkatan derajat kesehatan dan kesejahteraan penduduk.

Harapan hidup penduduk Indonesia pada tahun 2015 mencapai 70,8. Angka ini meningkat dua kali lipat dari tahun 2015 berdasarkan hasil SUPAS. Hasil proyeksi menunjukkan bahwa angka harapan hidup penduduk Indonesia akan terus mengalami peningkatan menjadi 72 pada tahun 2035. Namun hal ini tidak dapat disamakan dengan seluruh wilayah yang ada di Indonesia. Berdasarkan data BPS tahun 2019 disebutkan bahwa terdapat 5 Provinsi dengan angka proporsi lansia di atas 10%. Provinsi tersebut adalah DIY dengan proporsi sebesar 14,5%, Jawa Tengah sebesar 13,36%, Jawa Timur sebesar 12,96, Bali sebesar 11,30% dan Sulawesi Utara sebesar 11,15%.

Peningkatan populasi lansia tersebut tentu menjadi tantangan bagi pemerintah, masyarakat maupun keluarga untuk menciptakan lingkungan yang

ramah bagi lansia. Lingkungan yang ramah bagi lansia tentu akan menjadikan lansia dapat terus aktif dan memiliki kualitas hidup yang baik.

Tahun 2050, 1 dari 6 orang di dunia akan berusia di atas 65 tahun, naik dari 1 banding 11 pada 2019 (United Nations, 2019). Prospek Populasi Dunia 2019 negara-negara berkembang saat ini adalah rumah bagi populasi yang paling cepat menua sebesar 60% dari populasi dunia, diproyeksikan akan meningkat menjadi 80% pada tahun 2050 (BPS, 2018). Data proyeksi Bappenas (2018) menunjukkan jumlah total penduduk Indonesia saat ini telah mencapai 268.074.565 orang dengan jumlah prosentase penduduk berusia 60 tahun atau lebih sebesar 9,7% dari jumlah total penduduk Indonesia. Jumlah penduduk lansia akan terus meningkat sampai 15,8% di tahun 2035 (Bappenas, 2018). Gambaran data tersebut menunjukkan bahwa penduduk Indonesia mulai memasuki era penduduk berstruktur tua (*ageing structure population*).

Tahun 2045 penduduk Indonesia diperkirakan mencapai 318,9 juta jiwa (dengan asumsi Total Fertility Rate/TFR bertahan di angka 2,1). Hasil proyeksi juga menunjukkan bahwa pada tahun 2045 jumlah penduduk lansia yang didefinisikan sebagai penduduk kelompok usia 60 tahun ke atas berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 mengalami peningkatan sekitar 19,8 persen (Bappenas, 2018). Peningkatan jumlah lansia juga berdampak terhadap prevalensi penyakit dan kerentanan pada lansia. Meningkatnya angka penyakit kronis dan multi-morbiditas pada lansia merupakan kecenderungan lain yang ditemukan di Indonesia.

C. Permasalahan pada Lansia

Pada lansia secara alamiah akan mengalami penurunan fungsi tubuh yang merupakan akumulasi dari kerusakan pada tingkat seluler dan molekuler yang terjadi dalam waktu yang lama atau yang disebut dengan penuaan. Proses penuaan (*ageing proses*) ditandai dengan penurunan kemampuan fisik dan psikis serta terjadi peningkatan risiko penyakit yang berujung pada kematian (Pusdatin Kementerian Kesehatan RI, 2022). Proses penuaan adalah proses yang terjadi seumur hidup, bahkan dimulai sejak di dalam kandungan. Penuaan dapat didefinisikan sebagai proses perubahan progresif dalam biologis, psikologis dan struktur sosial. Perubahan biologis menyebabkan kecenderungan lansia menderita penyakit kronik degeneratif (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Penuaan tidak hanya berkaitan dengan perubahan biologis. Fase ini juga berhubungan dengan perubahan dalam kehidupan seseorang seperti masa pensiun, perpindahan menuju perumahan pemukiman yang lebih layak dan kematian teman atau pasangan. Tantangan yang dihadapi lansia di Indonesia

cukup signifikan, terutama terkait dengan kemandirian dan kesehatan. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi tingkat ketergantungan pada penduduk umur ≥ 60 tahun menunjukkan bahwa 95% lanjut usia mandiri; 2,1% dengan ketergantungan ringan, dan 2,9% mengalami ketergantungan sedang hingga total dan memerlukan bantuan dalam aktivitas sehari-hari. Selain itu, SKI 2023 juga mencatat peningkatan prevalensi penyakit tidak menular di kalangan lansia, seperti hipertensi, diabetes, dan stroke, yang dapat mempengaruhi tingkat kemandirian lansia (BKPK Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Peningkatan risiko Diabetes Melitus (DM) seiring dengan bertambahnya usia, khususnya pada usia lebih dari 40 tahun yang disebabkan karena pada usia tersebut mulai terjadi peningkatan intoleransi glukosa. Proses penuaan menyebabkan berkurangnya kemampuan sel beta pankreas dalam memproduksi insulin. Selain itu, pada individu yang berusia yang lebih tua terdapat penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 35%. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi insulin (Pusdatin Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Tidak hanya penyakit DM saja yang menjadi salah satu penyakit yang banyak diderita oleh lansia. Penyakit degeneratif lainnya seperti penyakit jantung dan hipertensi meningkat dari tahun ke tahun khususnya pada usia dewasa dan lansia. Pada penyakit jantung, prevalensi meningkat signifikan pada umur 45-54 tahun, yaitu dari 1,3% pada umur 35-44 tahun menjadi 2,4%. Peningkatan prevalensi signifikan stroke terjadi pada kelompok umur 55-64 tahun, yaitu meningkat dari 14,2% pada umur 45-54 menjadi 32,4% (Pusdatin Kementerian Kesehatan RI, 2022).

D. Perawatan berbasis Komunitas pada Lansia

Upaya kesehatan lanjut usia dilakukan sejak seseorang berusia 60 (enam puluh) tahun serta ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat, berkualitas, dan produktif sesuai dengan martabat kemanusiaan. Upaya kesehatan lanjut usia meliputi fasilitasi lanjut usia untuk menjaga kebersihan diri, mengonsumsi gizi seimbang, melakukan aktivitas fisik secara rutin, memiliki kehidupan sosial, memiliki kesempatan berkarya, serta memiliki lingkungan yang ramah lanjut usia.

Hal-hal yang perlu dipertimbangkan bagi lansia untuk menjaga kesehatannya adalah imunisasi untuk mencegah penyakit, dan deteksi dini termasuk skrining. Upaya kesehatan rehabilitatif juga diberikan sebagai lanjutan pelayanan kuratif untuk pemulihan kesehatan lanjut usia diantaranya pelayanan fisioterapi, psikoterapi, dan pemberian obat-obatan. Sedangkan, upaya kesehatan paliatif

diberikan kepada lanjut usia untuk mengurangi keluhan yang diderita agar dapat menjalani akhir kehidupan yang bermartabat.

Kesehatan fisik dan mental menjadi faktor penting yang perlu diperhatikan pada lansia. Orang yang sudah memasuki masa lansia perlu memperhatikan asupan makanan yang sehat dan seimbang serta menjaga berat badan agar tidak terlalu tinggi atau rendah. Selain itu, lansia juga perlu melakukan aktivitas fisik yang teratur, seperti jalan kaki atau olahraga ringan, untuk menjaga kesehatan jantung, paru-paru, otot, dan tulang.

Pencegahan penyakit juga sangat penting pada lansia. Orang yang sudah memasuki masa lansia memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap penyakit tertentu seperti penyakit jantung, diabetes, dan stroke. Maka dari itu, lansia perlu menghindari faktor risiko seperti merokok, mengonsumsi minuman beralkohol, dan makan makanan yang tidak sehat. Perawatan yang tepat juga perlu diperhatikan pada lansia. Orang yang sudah memasuki masa lansia perlu memeriksakan kesehatan mereka secara berkala dan menjalani pemeriksaan kesehatan yang rutin, seperti pemeriksaan kesehatan mata, gigi, dan telinga.

Fenomena penuaan populasi yang sedang terjadi di Indonesia saat ini ditandai dengan meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut. Perbaikan kualitas hidup, peningkatan akses ke layanan kesehatan, dan penurunan angka kelahiran adalah beberapa penyebabnya. Data dari Badan Pusat Statistik (2023) menunjukkan bahwa pada tahun 2023, sekitar 12% dari populasi Indonesia adalah lansia. Angka ini diproyeksikan akan terus meningkat hingga 20% pada tahun 2045. Fenomena ini menunjukkan bahwa Indonesia tengah mengalami transisi demografi, dengan peningkatan persentase usia produktif dibandingkan dengan usia tua. Lansia menghadapi tantangan seperti penyakit jangka panjang, penurunan kemampuan fisik, dan isolasi sosial seiring bertambahnya usia. Namun, banyak orang yang tetap produktif dan berkontribusi dalam kehidupan sosial jika mereka menerima dukungan kesehatan yang memadai dan lingkungan sosial yang inklusif.

Salah satu negara dengan populasi terbesar di dunia, Indonesia melihat peningkatan signifikan dalam jumlah orang tua. Jumlah orang tua di Indonesia terus meningkat setiap tahunnya, menurut data dari Badan Pusat Statistik (BPS). Diperkirakan pada tahun 2020, sekitar 10% penduduk Indonesia adalah lansia. Proyeksi menunjukkan bahwa persentase ini akan terus meningkat hingga Indonesia memasuki era aging, ketika proporsi lansia melebihi 10% dari populasi. Jumlah orang tua yang meningkat ini menyebabkan banyak masalah di bidang kesehatan, ekonomi, dan sosial. Penduduk tua lebih rentan terhadap diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Pemerintah Indonesia telah merespons kondisi

ini dengan berbagai program, seperti pelayanan kesehatan khusus lansia di Puskesmas, jaminan kesehatan untuk lansia, serta program-program kesejahteraan sosial lainnya. Namun, tantangan besar tetap ada dalam memberikan akses yang adil dan merata terhadap layanan ini, terutama di daerah-daerah terpencil. Dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk lansia, dibutuhkan strategi yang lebih komprehensif untuk memastikan bahwa lansia dapat menikmati hidup yang sehat, aktif, dan bermartabat di masa tua. Banyak aspek kehidupan dipengaruhi oleh penuaan populasi, terutama sektor sosial dan ekonomi. Batasan usia dewasa akhir atau lansia adalah masalah utama yang muncul. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengatakan bahwa orang yang berusia 60 tahun ke atas dianggap lansia. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia juga menetapkan batasan ini di Indonesia. Namun, definisi ini bukan hanya angka; itu memiliki dampak besar pada kebijakan perlindungan sosial, layanan kesehatan, dan pemberdayaan ekonomi pemerintah. Dengan meningkatnya jumlah orang tua, ada tantangan besar untuk menyediakan layanan kesehatan, sistem pensiun, dan perlindungan sosial yang berkelanjutan. Di sisi lain, pengalaman, keahlian, dan kontribusi yang masih dapat diberikan oleh orang tua dapat menjadi aset berharga bagi masyarakat. Akibatnya, diperlukan kebijakan dan pendekatan yang tidak hanya dapat menangani masalah tetapi juga memanfaatkan potensi yang dimiliki populasi lansia (Mulyatno et al., 2023; Nasution et al., 2025)

Selain itu, perawatan kesehatan yang tepat juga perlu dilakukan pada kondisi kesehatan tertentu yang memerlukan perawatan medis. Kesehatan mental juga perlu diperhatikan pada lansia. Lansia perlu memperhatikan tanda-tanda depresi dan mencari dukungan bila dibutuhkan. Orang tua yang sehat secara fisik dan mental akan dapat meningkatkan kualitas hidup mereka dan memperpanjang umur harapan hidup mereka. Kesehatan lansia sangat penting untuk mendukung kualitas hidup yang optimal pada usia yang lebih tua. Pola hidup sehat, pencegahan penyakit, dan perawatan yang tepat dapat membantu menjaga kesehatan lansia.

Adapun perawatan jangka panjang merupakan pelayanan pada lanjut usia yang memerlukan pendampingan dan bantuan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya sehari-hari akibat ketidakmampuan fisik, mental dan/atau intelektual. Peran keluarga sangat penting dalam mendukung lansia menjaga kesehatan, kebugaran, aktivitas fisik dan stimulasi kognitif, pemenuhan gizi seimbang dan melakukan pemantauan kesehatan secara berkala, mendukung kehidupan sosial agar tetap berkarya, serta pendampingan lanjut usia yang membutuhkan Perawatan Jangka Panjang (kemenkes)

Proses penuaan penduduk (*ageing population*) merupakan fenomena yang tidak bisa dihindari. Sejak tahun 2021, Indonesia telah memasuki fenomena ini dengan prosentase jumlah penduduk lansia telah mencapai lebih dari 10 persen (Statistik, 2023). Peningkatan jumlah penduduk lansia dapat memberikan dampak positif jika lansia dalam keadaan sehat dan produktif. Disisi lain, peningkatan usia sejalan dengan adanya penurunan kapasitas fisik dan mental yang pada akhirnya menjadi tantangan. Pada umumnya masalah kesehatan yang sering dialami lansia adalah penyakit tidak menular yang bersifat degeneratif seperti penyakit kardiovaskuler, hipertensi, diabetes melitus, stroke, osteoarthritis (rematik) dan kejadian jatuh. Kondisi ini telah banyak menjadi penyebab lansia mengalami disabilitas dan ketergantungan sehingga membutuhkan perawatan yang jangka Panjang. Perawatan jangka panjang sangat penting diberikan kepada lansia yang mengalami keterbatasan fisik dan membutuhkan peran care giver (Agustini et al., 2023). Intervensi untuk meningkatkan kesiapan pemberi perawatan Kesehatan kepada lansia sangat penting dikembangkan dimasyarakat (Kasim & Rosnah, 2025).

Beberapa perawatan berbasis komunitas yang dapat sebagai pendampingan perawatan untuk lansia:

1. Pembinaan Posyandu Lansia

Posyandu lansia adalah suatu wadah pelayanan kepada lansia di masyarakat berbasis UKBM dimana pembentukan dan pelaksanaannya dilaksanakan oleh masyarakat dengan pendampingan dari tenaga kesehatan Puskesmas, dalam alih informasi dan keterampilan dari petugas kepada masyarakat sebagai upaya promotif preventif dalam peningkatan status kesehatan dan kualitas hidup lansia (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Layanan ini bertujuan untuk memantau kondisi kesehatan lansia secara berkala, memberikan edukasi kesehatan, serta mendukung aktivitas sosial mereka dalam komunitas (Kasim & Rosnah, 2025).

Dasar dibentuknya program posyandu lansia ini berasal dari peraturan pemerintah Republik Indonesia No. 43 Tahun 2004 tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia, Komnas Lansia sebagai lembaga semua unsur terkait dalam bidang peningkatan kesejahteraan lanjut usia ditingkat pusat. Diperkuat kembali dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 138 menyatakan bahwa upaya dalam pemeliharaan usia lanjut harus ditunjukkan dengan menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial dan ekonomi sesuai dengan martabat kemanusiaan. Dalam hal ini pemerintah

wajib menyediakan fasilitas kesehatan bagi masyarakat lanjut usia. Salah satu upaya yang disediakan pemerintah adalah posyandu lansia (Latumahina et al., 2022).

Adapun layanan yang ditawarkan meliputi penilaian aktivitas sehari-hari, evaluasi status mental, pemantauan status gizi, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin, analisis kadar gula dan protein dalam urin, rujukan pasien ke Puskesmas, dan penyediaan penyuluhan kesehatan. Sasaran langsung Posyandu Lansia, yaitu: a. Kelompok pra usia lanjut (45-59 tahun), b. Kelompok usia lanjut (di atas 60 tahun), c. Kelompok usia lanjut dengan risiko tinggi (di atas 70 tahun) (Hutapea, 2023).

Ada 14 Jenis kegiatan yang dilakukan pada posyandu lansia berdasarkan petunjuk teknis pelaksanaannya (Kementerian Kesehatan RI, 2021), meliputi;

- a. Melakukan wawancara termasuk Anamnesa Perilaku Berisiko (APR).
- b. Melakukan pemeriksaan tingkat kemandirian, dengan menggunakan instrument penilaian *Activity Daily Living (ADL)*/Aktifitas Kegiatan Sehari-hari (AKS) (khusus untuk lansia).
- c. Penilaian risiko jatuh (khusus untuk lansia).
- d. Pemeriksaan status mental dan emosional, dengan menggunakan instrument penilaian *Geriatric Depression Scale (GDS)* (khusus untuk lansia).
- e. Pemeriksaan status kognitif, dengan menggunakan instrumen penilaian *Abbreviated Mental Test (AMT)* atau *Mini Cog* dan *Clock Drawing Test (CDT4)* (khusus untuk lansia).
- f. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan atau panjang depa, dan pengukuran lingkar perut
- g. Melakukan pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter
- h. Melakukan pemeriksaan fisik termasuk deteksi dini adanya anemia, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran dan sebagainya
- i. Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (kolesterol dalam darah, gula darah sewaktu dan asam urat). Dilakukan 1-2 kali setahun, kecuali yang mempunyai kelainan.
- j. Melakukan rujukan ke Puskesmas atau Rumah Sakit bilamana ditemukan kelainan.
- k. Pemberian penyuluhan secara berkelompok atau konseling secara perorangan sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh masing-masing lansia.
- l. Melakukan Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas kesehatan bagi lansia yang tidak datang atau belum mau datang, agar tetap/mau berpartisipasi dalam kegiatan posyandu.

- m. Melakukan kegiatan aktivitas fisik/ latihan fisik antara lain senam low impact, senam vitalisasi otak lansia, gerak jalan santai dan lain sebagainya untuk meningkatkan kebugaran, serta kegiatan lain dalam rangka mempertahankan dan stimulasi fungsi kognitif
- n. Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat:
 - 1) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan sebagai contoh menu makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia, menggunakan bahan makanan lokal yang berasal dari daerah tersebut. PMT lansia sebaiknya berupa makanan pokok berbasis pangan lokal, makanan tinggi serat, rendah lemak (tidak digoreng dan tidak bersantan).
 - 2) Kegiatan pemberdayaan yang dapat dilakukan secara terpadu dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait. Misalnya pemberdayaan lansia dalam meningkatkan status kesehatan keluarga, penguatan keluarga dalam perawatan jangka panjang bagi lansia, pengembangan keterampilan dan pembuatan kerajinan tangan, rekreasi, dan lain-lain.

2. Pelayanan *Home care*

Perawatan berbasis komunitas pada lansia dapat melalui pelayanan *home care*. *Home care* merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang dilakukan ditempat tinggal keluarga untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga. Pelayanan ini mengutamakan pemenuhan terkait kepuasan pasien melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa melanggar kode etik dan standar mutu pelayanan profesi (Fahrepi et al., 2019);(Lalla & Yuriatson, 2022). Pelayanan dan Perawatan Kesehatan di rumah atau *Home Care* adalah Pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada Individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. (Asmi & Husaeni, 2019). Menurut *American of Nurses Association* (ANA) tahun 1992 pelayanan kesehatan di rumah adalah perpaduan perawatan kesehatan masyarakat dan ketrampilan teknis yang terpilih dari perawat spesialis yang terdiri dari perawat komunitas, perawat gerontologi, perawat psikiatri, perawat maternitas dan perawat medikal bedah (Asmi & Husaeni, 2019).

Pelayanan keperawatan *home care* meliputi: pelayanan keperawatan yang diberikan meliputi pelayanan primer, sekunder dan tersier yang berfokus pada asuhan keperawatan pasien melalui kerjasama dengan keluarga dan tim kesehatan lainnya. Perawatan kesehatan di rumah adalah spektrum kesehatan

yang luas dari pelayanan sosial yang ditawarkan pada lingkungan rumah untuk memulihkan ketidakmampuan dan membantu pasien yang menderita penyakit kronis (NAHC, 1994) (Asmi & Husaeni, 2019). Diskresi birokrasi dalam pemerintahan daerah sebagai salah satu upaya efektivitas pelayanan publik diterbitkannya dalam keadaan mendesak yaitu suatu keadaan yang muncul secara tiba-tiba menyangkut kepentingan umum yang harus diselesaikan dengan cepat, dimana untuk menyelesaikan persoalan tersebut, peraturan perundang-undangan belum mengaturnya (Suprpto & Malik, 2019). Di Indonesia layanan home care sebenarnya bukan merupakan hal yang baru karena merawat pasien di rumah sudah dilakukan oleh anggota keluarga maupun oleh perawat sejak jaman dahulu melalui kunjungan rumah (Lalla & Yuriatson, 2022).

3. Panti Sosial atau Panti Wreda

Permasalahan pada lansia tidak sekedar permasalahan penurunan fungsi fisiologis, biologis dan struktur sosial, akan tetapi juga berkaitan dengan perawatan lansia di lingkup keluarga ataupun komunitas. Tidak sedikit lansia yang ditelantarkan oleh anaknya karena berbagai alasan, baik alasan kesibukan bahkan lansia yang terlantar karena sudah tidak memiliki keluarga. Berdasarkan fenomena tersebut, pemerintah dan masyarakat telah berupaya melaksanakan kebijakan dan program untuk kesejahteraan lanjut usia dengan mendirikan panti sosial. Panti Sosial sebagai salah satu lembaga yang memberikan pelayanan kepada lansia, memiliki peran strategis dalam memenuhi kebutuhan kesehatan, sosial, dan psikologis para lansia.

Peran perawat komunitas di lingkungan panti jompo atau panti wreda dapat bervariasi tergantung pada kebutuhan spesifik seperti kesehatan mental, fisik, dan emosional setiap penghuni. Namun, penting untuk menyadari bahwa perawat komunitas memainkan peran penting dalam menyediakan layanan perawatan kesehatan komprehensif untuk mendukung lansia yang tinggal di panti jompo. Rencana perawatan individual dikembangkan untuk mengatasi kebutuhan dan preferensi spesifik setiap penghuni dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti nutrisi, mobilitas, pengelolaan pengobatan, perawatan luka, dan perawatan pribadi. Rencana ini harus selalu dikembangkan dalam kemitraan dengan staf profesional yang berada di panti jompo dan dengan lansia (McBride et al., 2024).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kata panti Wreda adalah tempat merawat dan menampung lanjut usia. Fungsi panti Wreda adalah sebagai tempat untuk menampung lanjut usia dengan menyediakan fasilitas

dan aktifitas khusus untuk lansia yang dirawat dan dijaga oleh perawat atau pekerja sosial. Tujuan utama panti Wreda adalah untuk menampung lansia yang tidak memiliki tempat tinggal dan keluarga atau lansia yang dititipkan oleh pihak keluarga dalam kondisi sehat dan mandiri. Alasan umum lansia yang dititipkan oleh pihak keluarga adalah karena ketidakmampuan keluarga untuk merawat lansia.

Jenis – jenis panti Wreda berdasarkan kepemilikan yaitu:

a. Panti Wreda Milik Pemerintah

Panti Wreda milik pemerintah ini berada di dalam naungan Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Departemen Sosial Republik Indonesia. Jenis panti ini tidak memungut biaya dari lansia dan biasanya memiliki donator. Panti ini menyediakan fasilitas pada umumnya seperti sandang, pangan dan papan sesuai dengan kebutuhan lansia. Sebagian besar, lansia yang memilih tinggal di panti Wreda milik pemerintah adalah lansia yang tidak memiliki cukup biaya untuk mandiri.

b. Panti Wreda Milik Swasta / Yayasan

Jika panti Wreda milik pemerintah berada di dalam naungan Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Departemen Sosial Republik Indonesia, panti milik swasta atau Yayasan ini berdiri sendiri dan dimiliki oleh Yayasan sosial yang mengorganisir panti secara langsung. Berbeda dengan panti Wreda milik pemerintah, panti ini memungut biaya dari lansia tetapi tetap sesuai dengan kemampuan keuangan lansia. Panti Wreda milik swasta tetap memiliki donator untuk membantu panti Wreda tetap dapat memenuhi sandang pangan dan papan.

Tipe panti Wreda untuk lansia dapat dibagi menjadi beberapa tipe berdasarkan dengan faktor ketergantungan lansia, yaitu:

a. Rumah Orang Tua yang Mandiri (*Independent Elderly Housing*)

Tipe rumah ini adalah rumah konvensional yang bersifat mandiri. Rumah ini seperti rumah tinggal dan ditempati oleh beberapa lansia yang masih cukup mandiri dengan fasilitas yang sama dengan rumah tinggal.

b. Rumah Campuran Keluarga Orang Tua Mandiri (*Independent Elderly/ Family Mixed Housing*)

Tipe rumah ini adalah rumah dengan fasilitas yang disediakan untuk lansia yang cukup mandiri dan digabungkan dengan tipe rumah konvensional.

c. Rumah Orang Tua yang Bergantung (*Dependent Elderly Housing*)

Tipe ini adalah tipe rumah yang lansia bergantung pada fasilitas pendukung dan biasanya bentuk bangunan ini seperti bangunan rumah sakit.

d. Rumah Campuran Orang Tua Mandiri dan Bergantung (*Independent/Dependent Elderly Mixed Housing*)

Tipe rumah yang terakhir adalah tipe rumah di mana lansia yang bergantung dan dapat mandiri tinggal bersama. Pada umumnya bangunan ini seperti rumah tinggal yang dilengkapi dengan fasilitas pendukung.

Tipe-tipe panti Wreda berdasarkan fasilitas yang tersedia, yaitu:

a. Fasilitas Perawatan Terampil (*Skilled Nursing Facilities*)

Fasilitas ini membuka pelayanan perawatan selama 24 jam. Biasa lansia yang berada dalam panti Wreda ini adalah lansia yang kondisinya serius dan membutuhkan terapi rehabilitasi khusus.

b. Fasilitas Perawatan Lanjutan (*Intermediate Care Facilities*)

Tipe panti Wreda ini menyediakan pelayanan perawatan profesional tetapi berbeda seperti fasilitas perawatan terampil yang 24 jam, tipe panti Wreda ini tidak menyediakan pelayanan 24 jam. Terapi medis tetap disediakan tetapi difokuskan pada program-program sosial. Tipe panti Wreda ini disediakan untuk lansia yang membutuhkan lebih dari sekedar kamar dan makanan atau perawat oleh perawat.

c. Fasilitas Perawatan Rumah (*Residential Care Facilities*)

Pelayanan yang ada di panti Wreda ini menyediakan perawatan yang menawarkan kamar dan makanan serta beberapa perawatan perorangan untuk membantu kegiatan sehari-hari seperti membantu memandikan lansia dan berpakaian serta pelayanan-pelayanan sosial.

Secara umum Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) memiliki fungsi sebagai pusat pelayanan kesejahteraan lanjut usia (dalam memenuhi kebutuhan pokok lansia), menyediakan suatu wadah berupa kompleks bangunan dan memberikan kesempatan pula bagi lansia melakukan aktivitas-sosial-rekreasi bertujuan membuat lansia dapat menjalani proses penuaannya dengan sehat dan mandiri (Lina et al., 2022; Langitan et al., 2023). PSTW juga sebagai sebuah sarana dimana lansia diberikan fasilitas, layanan 24 jam, jadwal aktivitas, dan hiburan yang dibutuhkan sesuai kebutuhan lansia sehingga menunjang bagi kesehatan lansia (Putra et al., 2023; Langitan et al., 2023). Pelayanan kesehatan yang baik kepada lansia yang tinggal di panti jompo sangat penting dan perlu diberikan karena beberapa alasan utama : lansia umumnya mengalami berbagai perubahan fisik dan kesehatan. Pada lansia cenderung lebih rentan terhadap berbagai penyakit kronis, seperti diabetes, hipertensi, arthritis, dan gangguan neurologis seperti demensia (Misnaniarti, 2017; Langitan et al., 2023). Oleh karena itu, mereka memerlukan perawatan yang khusus dan pemantauan yang berkelanjutan. Perawatan yang holistik memiliki peran penting terhadap

perawatan lansia. Ini mencakup perawatan medis, psikososial, dan rehabilitasi. Pelayanan kesehatan yang baik harus dapat mengakomodasi berbagai aspek kebutuhan ini. Pemberian pelayanan kesehatan di panti jompo juga mencakup upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Ini termasuk kegiatan, olahraga, dan pola makan seimbang. Upaya ini dapat membantu mencegah penyakit dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

E. Penderita Berkebutuhan Khusus

Disabilitas didefinisikan oleh Center for Disease Control (CDC) sebagai kondisi tubuh atau mental yang dapat mempersulit seseorang untuk melakukan aktivitas dan berinteraksi dengan dunia sekitarnya. Pada tahun 2022, World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa 1,3 miliar orang atau 16% dari populasi global di seluruh dunia mengalami disabilitas yang signifikan. Hal ini termasuk gangguan fisik, kognitif, perkembangan, perilaku, dan sensorik. Laporan global tentang kesetaraan kesehatan bagi penyandang disabilitas melaporkan bahwa karena ketidaksetaraan sistemik dan kesehatan, penyandang disabilitas mengalami hasil kesehatan yang lebih buruk termasuk morbiditas, mortalitas, dan kehilangan fungsi (Castater et al., 2025).

Pada dasarnya manusia terlahir rentan, sehingga mereka membutuhkan dukungan dan bantuan orang lain yang menyebabkan ketergantungan satu sama lain. Kerentanan digunakan sebagai cara untuk menggambarkan sifat kepribadian yang rapuh dan bergantung. kerentanan seseorang dapat dimulai dari seseorang lahir sampai dia meninggal yang menyebabkan ketergantungan terhadap orang lain dan menimbulkan kerawanan sosial. Negara Kesatuan Republik Indonesia menjamin kelangsungan hidup setiap warga negara, termasuk para penyandang disabilitas yang mempunyai kedudukan hukum dan memiliki hak asasi manusia yang sama sebagai Warga Negara Indonesia.

Hak kesehatan untuk Penyandang Disabilitas berdasarkan Undang-undang No. 8 tahun 2016, meliputi hak:

1. memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan;
2. memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
3. memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau;
4. memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
5. memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya;

6. memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah;
7. memperoleh Pelindungan dari upaya percobaan medis; dan
8. memperoleh Pelindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.

F. Jenis-jenis penderita berkebutuhan khusus

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPPA) mengelompokkan 12 jenis anak berkebutuhan khusus (Kemenkes RI, 2023), yakni:

1. Anak disabilitas penglihatan, yang mengalami gangguan daya penglihatan berupa kebutaan menyeluruh (total) atau sebagian (*low vision*).
2. Anak disabilitas pendengaran, yang mengalami gangguan pendengaran, baik sebagian atau seluruh, dan biasanya memiliki hambatan dalam berbahasa dan berbicara.
3. Anak disabilitas intelektual, yang memiliki inteligensia yang signifikan di bawah rata-rata anak seusianya dan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku yang muncul di masa perkembangan.
4. Anak disabilitas fisik, yang mengalami gangguan gerak akibat kelumpuhan, anggota badan tidak lengkap, dan kelainan bentuk dan fungsi tubuh atau anggota gerak.
5. Anak disabilitas sosial, yang memiliki masalah atau hambatan dalam mengendalikan emosi dan kontrol sosial serta berperilaku menyimpang.
6. ADHD, anak yang mengalami gangguan perkembangan, yang ditandai gangguan pengendalian diri, masalah rentang perhatian, dan hiperaktivitas dan impulsivitas yang menyebabkan kesulitan berperilaku, berpikir, dan mengendalikan emosi.
7. Gangguan spektrum autisme, yang mengalami gangguan di tiga area dengan tingkatan berbeda-beda, yaitu kemampuan komunikasi, interaksi sosial, dan perilaku repetitif.
8. Anak dengan gangguan ganda, yang memiliki dua atau lebih gangguan.
9. Anak lamban belajar, yang memiliki potensi intelektual sedikit di bawah rata-rata anak tetapi belum termasuk gangguan mental. Mereka butuh waktu lama dan berulang-ulang untuk dapat menyelesaikan tugas-tugas akademis maupun nonakademis.
10. Anak dengan kesulitan belajar khusus, yang mengalami hambatan atau penyimpangan pada satu atau lebih proses psikologis dasar seperti ketidakmampuan mendengar, berpikir, berbicara, membaca, menulis, mengeja, dan berhitung.

11. Anak dengan gangguan kemampuan komunikasi, yang mengalami penyimpangan dalam bidang perkembangan bahasa wicara, suara, irama, dan kelancaran berbicara yang disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, dan lingkungan.
12. Anak dengan potensi kecerdasan atau bakat istimewa, yang memiliki skor inteligensia yang tinggi atau unggul dalam bidang-bidang khusus, seperti musik, seni, olah raga, dan kepemimpinan.

G. Permasalahan pada Penderita Berkebutuhan Khusus

Di Indonesia, akses anak penyandang disabilitas ke layanan dasar, seperti pendidikan, gizi, dan kesehatan, lebih rendah dibandingkan dengan teman sebaya mereka yang tanpa disabilitas. Tingginya tingkat kemiskinan dan stigma membuat anak penyandang disabilitas mengalami eksklusi dan marginalisasi dalam semua aspek kehidupan mereka (UNICEF, 2023)

Anak penyandang disabilitas di Indonesia cenderung mengalami *stunting* (kondisi pendek), *underweight* (kondisi kekurangan gizi), dan *wasting* (kondisi kurus); anak penyandang disabilitas memiliki kemungkinan 62 persen lebih tinggi untuk mengalami *stunting* daripada anak tanpa disabilitas (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Masalah gizi menjadi krusial terhadap tumbuh kembang anak. Anak yang mengalami kekurangan gizi dapat mengalami keterlambatan tumbuh kembang dan berisiko lebih tinggi terkena penyakit; keduanya dapat menyebabkan disabilitas. Pada hasil beberapa studi memaparkan bahwa anak penyandang disabilitas di tingkat global memiliki tingkat kekurangan gizi yang lebih tinggi secara tidak proporsional. Hal ini dapat dijelaskan sebagai suatu siklus: kekurangan gizi dapat menyebabkan disabilitas, dan disabilitas dapat menyebabkan kekurangan gizi.

Secara global, anak penyandang disabilitas memiliki kemungkinan tiga kali lebih besar untuk mengalami *underweight*, dua kali lebih besar untuk mengalami *stunting* atau *wasting*, dan dua kali lebih besar untuk mengalami kematian selama masa kanak-kanak akibat malnutrisi. Di Indonesia, prevalensi malnutrisi yang lebih tinggi juga terlihat pada anak penyandang disabilitas dengan tingkat *stunting* dan *underweight* yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak tanpa disabilitas (UNICEF, 2023)

Jika melihat kesenjangan gizi antara anak penyandang disabilitas dan anak tanpa disabilitas, memiliki disabilitas memberikan dampak lebih besar terhadap *stunting* daripada *underweight* dan *wasting*. Menurut data, 51 persen anak

penyandang disabilitas mengalami *stunting*, berbanding 31 persen anak tanpa disabilitas. Karena *stunting* diukur berdasarkan kriteria pertumbuhan dan perkembangan yang terganggu, yang dapat mengakibatkan keterbatasan fungsi fisik dan kognitif. keterkaitan antara disabilitas dan *stunting* merupakan hal yang mengkhawatirkan.

Di Indonesia, anak penyandang disabilitas memiliki kondisi kesehatan yang lebih buruk dengan prevalensi penyakit (Infeksi Saluran Pernapasan Akut/ISPA dan diare) yang lebih tinggi, dan cakupan vaksinasi yang lebih rendah dibandingkan dengan anak tanpa disabilitas (Kesehatan, 2018).

Di seluruh dunia, anak penyandang disabilitas menghadapi kondisi kesehatan yang lebih buruk, berisiko lebih tinggi terkena penyakit menular, memiliki peluang lebih rendah untuk mendapatkan tindakan penyelamatan nyawa, dan lebih mungkin

melaporkan penyakit serius dibandingkan anak tanpa disabilitas.¹⁰⁸ Meskipun sebagian besar dapat dicegah, diare dan ISPA merupakan penyakit dan penyebab utama kematian di antara anak-anak di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah; keduanya bertanggung jawab atas sekitar sepertiga dari kematian balita. Anak penyandang disabilitas yang mengalami penyakit, seperti ISPA, lebih rentan terhadap penyakit berat, kondisi kesehatan yang lebih buruk, dan rawat inap dibandingkan dengan anak tanpa disabilitas

Untuk mendorong tercapainya kondisi kesehatan yang positif dan mendorong perilaku pencarian layanan kesehatan di kalangan orang penyandang disabilitas, kebijakan kesehatan nasional telah menangani penyandang disabilitas, termasuk anak penyandang disabilitas. Namun, masih terdapat kekurangan akan regulasi yang secara khusus ditujukan hanya untuk anak penyandang disabilitas. Undang-Undang Kesehatan (No. 36 Tahun 2009) mengharuskan dilakukannya upaya agar penyandang disabilitas dapat “hidup sehat dan tetap produktif secara sosial dan ekonomi, dan dengan bermartabat.” Undang-Undang ini juga memerintahkan pemerintah untuk memastikan ketersediaan layanan dan fasilitas kesehatan bagi penyandang disabilitas (UNICEF, 2023).

H. Perawatan berbasis Komunitas pada penderita berkebutuhan khusus

Seluruh warga Indonesia memiliki hak yang sama, baik untuk anak berkebutuhan khusus atau penyandang disabilitas maupun anak tidak penyandang disabilitas. Dalam rangka mewujudkan hak-hak anak penyandang disabilitas, masyarakat, infrastruktur, program, dan layanan harus inklusif dan aksesibel bagi semua anak, dan jika perlu disesuaikan dengan kebutuhan khusus anak penyandang disabilitas (UNICEF, 2023).

Pada tingkat masyarakat, Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) menetapkan standar minimum penyediaan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan inklusif disabilitas. Hal ini mencakup penyediaan:

- a. Jalur prioritas untuk wanita hamil, penyandang disabilitas, dan lansia.
- b. Ruang tunggu yang diprioritaskan untuk wanita hamil, penyandang disabilitas, dan lansia.
- c. Toilet yang aksesibel untuk penyandang disabilitas yang dilengkapi dengan tanda dan pegangan.

Penanganan penyandang disabilitas sendiri dilakukan melalui klasifikasi jenis kecacatan sehingga mempermudah cara dan jenis layanannya. Penyandang disabilitas diklasifikasikan berat, sedang dan ringan. Ketiga klasifikasi tersebut dapat dibagi lagi disabilitas fisik dan non fisik, yang dapat diberdayakan dan tidak dapat diberdayakan (*carrrity*). Penyandang disabilitas yang tergolong ringan dengan kecacatan fisik ringan seperti bibir sumbing, bisu-tuli, tangan atau kaki /bagian anggota tubuh yang tidak sempurna masih dapat diberdayakan menuju kemandirian.

Penanganan penyandang disabilitas dilakukan pemerintah melalui rehabilitasi. Rehabilitasi adalah kegiatan pemulihan dan pencapaian kemampuan yang mencakup aspek-aspek fisik, mental, sosial, vokasional dan ekonomi sehingga individu dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara optimal dalam hidup bermasyarakat. Rehabilitasi di panti tidak memungkinkan menjangkau semua klien, oleh karena itu pemerintah memberdayakan potensi masyarakat untuk ikut berperan dalam rehabilitasi berbasis masyarakat (RBM). Rekrutmen tenaga pendamping dilakukan melalui tokoh masyarakat dan aparat setempat yang berada paling dekat dengan masyarakat dan mengetahui siapa yang aktif dalam kegiatan sosial.

Pendamping yang memiliki peran untuk mendampingi penyandang masalah sosial disebut sebagai pendamping sosial. Pendamping sosial pada masyarakat sebagai pekerja sosial. Pekerja sosial profesional adalah mereka yang bekerja di lembaga pemerintah maupun swasta yang memiliki kompetensi dalam pekerjaan sosial yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan dan pengalaman praktek pekerjaan sosial untuk melaksanakan tugas-tugas pelayanan dan penanganan masalah sosial (Undang-Undang Nomor 11 tahun 2009). Pelayanan sosial bagi penyandang disabilitas dapat dilaksanakan melalui rehabilitasi sosial yang bertujuan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan penyandang disabilitas agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam

kehidupan masyarakat. Rehabilitasi sosial bagi penyandang disabilitas dapat dilaksanakan oleh keluarga, masyarakat dan institusi sosial (Hastono et al., 2021).

I. Referensi

- BKPK Kementerian Kesehatan RI. (2023). Survei Kesehatan Indonesia 2023 (SKI). In *Kemenkes*. Kementerian Kesehatan RI.
- Castater, C., Roth, E., Burrows, J., Young, T., Nisseau-bey, Z., Dieynabou, D., & Smith, R. N. (2025). Access to Care for Patients With Disabilities. *The American Surgeon*, 91(5), 712–718. <https://doi.org/10.1177/00031348251329476>
- Hastono, A., Widiowati, D., & Agiati, R. E. (2021). DESAIN PENANGANAN PENYANDANG DISABILITAS KECAMATAN UJUNG BERUNG KOTA BANDUNG. *Biyana: Jurnal Ilmiah Kebijakan Dan Pelayanan Pekerjaan Sosial*, 03(01), 39–62.
- Hutapea, L. M. N. (2023). *Terapan Dasar Keperawatan Komunitas* (Komarudin & Agiz (eds.)). CV. Green Publisher Indonesia.
- Kasim, S. S., & Rosnah. (2025). Optimalisasi Layanan Posyandu Lanjut Usia (Lansia) Berbasis Edukasi Kesehatan: Studi di Kelurahan Kasupute Kabupaten Konawe. *Public Administration and Government Journal*, 5(1), 156–164. <https://doi.org/https://doi.org/10.52423/pamarenda.v5i1.132>
- Kemenkes RI. (2023). Anak-Anak Luar Biasa. *Mediakom Kemenkes RI*, 1–57.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang bagi Lanjut Usia*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Petunjuk Teknis Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia dan pobindu PTM Terintegrasi. In *Kementerian Kesehatan RI*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kesehatan, K. (2018). *HASIL UTAMA RISKESDAS 2018*.
- Lalla, N. S. N., & Yuriatson, Y. (2022). Pelayanan Home Care Sebagai Upaya Dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan. *Abdimas Polsaka: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(2), 45–49. <https://doi.org/10.35816/abdimaspolsaka.xxxx>
- Langitan, R. E., Manggasa, D. D., Nurviana, D., Ndama, M., Rantesigi, N., Made, N., Nilasanti, R., & Hermanto, B. B. (2023). Pelayanan Kesehatan pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Madago Tentena. *Poltekita : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(4), 1059–1070. <https://doi.org/10.33860/pjpm.v4i4.2877>
- Latumahina, F., Istia, Y. J., Tahapary, E. C., C, V. A., Soselisa, V. J., & Solissa, Z. (2022). Peran Posyandu Lansia Terhadap Kesejahteraan Para Lansia Di Desa Ihamahu, Kec. Sapurua Timur, Kab. Maluku Tengah. *Jurnal Karya Abdi Masyarakat Universitas Jambi*, 6(1), 2022. <https://mail.online->

journal.unja.ac.id/JKAM/article/view/19368

- Lina, L. F., Fredrika, L., & Angraini, W. (2022). Pemeriksaan Kesehatan Lansia pada Era Pandemi Covid-19 di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu. *Poltekita : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(3), 412–418. <https://doi.org/10.33860/pjpm.v3i3.1030>
- McBride, M., Kilgore, C., & Gunowa, N. O. (2024). The Role of Community and District Nurses. *Clinics in Integrated Care*, 27. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.intcar.2024.100231>
- Misnaniarti. (2017). ANALISIS SITUASI PENDUDUK LANJUT USIA DAN UPAYA PENINGKATAN KESEJAHTERAAN SOSIAL DI INDONESIA. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 67–73. <https://doi.org/https://doi.org/10.26553/jikm.2016.8.2.67-73>
- Mulyatno, C. B., Woda, T. A. R., & Tinambunan, L. (2023). MEMAKNAI HIDUP SEBAGAI PERSIAPAN MENYONGSONG KEMATIAN YANG BAIK BERDASARKAN PEMIKIRAN SENECA. *Logos, Jurnal Filsafat-Teologi*, 20(1), 17–28.
- Nasution, F., Rambe, I. M., & Ramadani, S. V. (2025). Batasan Usia Dewasa Akhir (Lansia) dan Keadaan Penduduk Lansia di Indonesia. *Edu Society: Jurnal Pendidikan, Ilmu Sosial, Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Vol*, 4(3), 1972–1980.
- Pusdatin Kementerian Kesehatan RI. (2022). *InfoDATIN Lansia Berdaya, Bangsa Sejahtera* (B. Hardhana, W. Widiyanti, & H. Habibi (eds.)). Kementerian Kesehatan RI.
- Putra, H., Mantika, N. I., & Pratiwi, J. M. (2023). Peningkatan Aktivitas Fisik Melalui Senam Lansia Pada Pasien Hipertensi Di Desa Kukin Kecamatan Moyo Utara. *AMMA : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(1), 13–16.
- UNICEF. (2023). *Memberdayakan Setiap Anak Merangkul Keanekaragaman dan Inklusi untuk Semua: Analisis Lanskap tentang Anak Penyandang Disabilitas di Indonesia*.

J. Glosarium

CDC = Centers for Disease Control and Prevention

Lansia = Lanjut usia

PSTW = Panti Sosial Tresna Wreda

WHO = World Health Organization

CHAPTER 8

KOMUNIKASI KESEHATAN DAN EDUKASI MASYARAKAT MELALUI MEDIA SOSIAL

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

A. Pendahuluan

1. Latar belakang pentingnya komunikasi kesehatan di era digital

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah membawa perubahan signifikan dalam cara masyarakat mengakses, memahami, dan memanfaatkan informasi kesehatan. Era digital ditandai dengan kemudahan akses informasi secara cepat, luas, dan interaktif melalui berbagai platform daring. Dalam konteks ini, komunikasi kesehatan menjadi komponen kunci dalam upaya meningkatkan literasi kesehatan masyarakat, membentuk sikap positif, serta mendorong perubahan perilaku kesehatan yang adaptif. Komunikasi kesehatan yang efektif tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi, tetapi juga sebagai instrumen strategis untuk mempengaruhi pemahaman, kesadaran, dan pengambilan keputusan individu maupun kelompok terkait kesehatan. Oleh karena itu, penguatan komunikasi kesehatan di era digital menjadi kebutuhan mendesak dalam menghadapi tantangan kesehatan masyarakat yang semakin kompleks.

2. Perkembangan media sosial sebagai sarana edukasi masyarakat

Media sosial telah berkembang menjadi salah satu saluran komunikasi paling dominan dalam kehidupan sehari-hari masyarakat. Platform seperti Instagram, TikTok, YouTube, WhatsApp, dan Facebook tidak hanya digunakan untuk hiburan dan interaksi sosial, tetapi juga sebagai sumber utama informasi, termasuk informasi kesehatan. Karakteristik media sosial yang bersifat visual, interaktif, dan mudah diakses menjadikannya sarana yang efektif untuk edukasi masyarakat lintas usia dan latar belakang. Melalui media sosial, pesan kesehatan dapat disampaikan secara kreatif, kontekstual, dan berulang, sehingga lebih mudah dipahami dan diingat oleh masyarakat. Fenomena ini membuka peluang besar bagi tenaga kesehatan untuk memanfaatkan media sosial sebagai media edukasi yang inovatif dan berkelanjutan.

3. Relevansi komunikasi kesehatan dengan promosi dan pencegahan penyakit

Komunikasi kesehatan memiliki peran strategis dalam kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Penyampaian pesan yang tepat, akurat, dan berbasis bukti ilmiah dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat, menumbuhkan kesadaran diri, serta mendorong perilaku hidup sehat. Dalam upaya pencegahan penyakit, komunikasi kesehatan berfungsi sebagai sarana untuk mengedukasi masyarakat tentang faktor risiko, deteksi dini, serta pentingnya tindakan preventif. Media sosial, sebagai bagian dari komunikasi kesehatan digital, memungkinkan pesan promosi dan pencegahan disampaikan secara luas dan berkesinambungan, sehingga mendukung upaya pengendalian masalah kesehatan masyarakat secara lebih efektif dan efisien.

4. Peran tenaga kesehatan (khususnya perawat komunitas)

Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab profesional dalam memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat, dan perawat komunitas berada pada posisi strategis sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer. Perawat komunitas tidak hanya berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan, tetapi juga sebagai komunikator, edukator, dan fasilitator perubahan perilaku kesehatan. Dalam konteks digital, perawat komunitas dituntut untuk mampu memanfaatkan media sosial secara etis dan profesional sebagai sarana edukasi kesehatan. Melalui komunikasi yang efektif dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat, perawat komunitas dapat berkontribusi dalam meningkatkan literasi kesehatan, memberdayakan individu dan keluarga, serta memperkuat upaya promosi dan pencegahan penyakit berbasis komunitas.

5. Tujuan penulisan book chapter

Book chapter ini bertujuan untuk mengkaji secara komprehensif konsep komunikasi kesehatan dan pemanfaatan media sosial sebagai sarana edukasi masyarakat. Secara khusus, penulisan ini bertujuan untuk menjelaskan peran strategis komunikasi kesehatan dalam promosi dan pencegahan penyakit, menguraikan potensi media sosial sebagai media edukasi kesehatan, serta menegaskan peran tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, dalam praktik komunikasi kesehatan digital. Diharapkan book chapter ini dapat menjadi referensi akademik dan praktis bagi mahasiswa, dosen, serta tenaga kesehatan dalam mengembangkan strategi komunikasi kesehatan yang efektif, etis, dan berbasis kebutuhan masyarakat di era digital.

B. Konsep Dasar Komunikasi Kesehatan

1. Pengertian komunikasi kesehatan

Komunikasi kesehatan merupakan suatu proses sistematis dalam penyampaian dan pertukaran pesan yang berkaitan dengan isu, informasi, dan praktik kesehatan, baik secara verbal maupun nonverbal, dengan tujuan memengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, kelompok, maupun masyarakat agar mencapai dan mempertahankan derajat kesehatan yang optimal (Kreps, G. L., & Thornton, 1992; Schiavo, 2014). Dalam pengertian ini, komunikasi kesehatan tidak hanya dipahami sebagai aktivitas transfer informasi, tetapi juga sebagai seni dan teknik strategis untuk membangun pemahaman, meningkatkan kesadaran, serta menumbuhkan motivasi dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan (Nutbeam, 2000; Yulia et al., 2024).

Dalam konteks kesehatan masyarakat, komunikasi kesehatan berperan sebagai penghubung antara pengetahuan ilmiah di bidang kesehatan dengan praktik kesehatan dalam kehidupan sehari-hari. Agar pesan kesehatan dapat diterima dan diinternalisasi secara efektif, proses komunikasi harus memperhatikan karakteristik sasaran, termasuk latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan, nilai dan kepercayaan, serta kebutuhan kesehatan yang dihadapi oleh individu dan masyarakat (Schiavo, 2014; WHO, 2017). Dengan demikian, komunikasi kesehatan berfungsi sebagai jembatan antara informasi kesehatan dan tindakan nyata yang dilakukan oleh masyarakat.

Lebih lanjut, komunikasi kesehatan dipandang sebagai bidang ilmu sekaligus praktik yang memanfaatkan berbagai strategi komunikasi untuk memengaruhi pengambilan keputusan individu dan masyarakat guna meningkatkan derajat kesehatan (Centers for Disease Control and Prevention, 2001 dalam Yulia et al., 2024). Pendekatan ini menuntut perencanaan yang terstruktur, berbasis bukti ilmiah, serta berorientasi pada perubahan perilaku kesehatan, sehingga komunikasi menjadi komponen penting dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemberdayaan masyarakat (Nutbeam, 2000; WHO, 2017).

Menurut Schiavo (2007 dalam Yulia et al., 2024), komunikasi kesehatan merupakan pendekatan yang bersifat multifaset dan multidisipliner karena melibatkan berbagai kelompok sasaran, seperti individu, komunitas, tenaga kesehatan, kelompok khusus, pembuat kebijakan, dan masyarakat luas. Tujuan utama dari pendekatan ini adalah untuk memengaruhi, melibatkan, serta mendukung sasaran agar mampu mengadopsi dan mempertahankan perilaku, praktik, atau kebijakan yang berdampak positif terhadap hasil kesehatan.

Seiring perkembangannya, komunikasi kesehatan juga berfungsi sebagai bentuk intervensi kesehatan yang digunakan oleh berbagai sektor, baik non-profit maupun komersial. Bentuk komunikasi kesehatan meliputi pendidikan kesehatan, seni berbicara, pemasaran kesehatan, pemasaran sosial, serta pemanfaatan pendekatan dari berbagai disiplin ilmu seperti psikologi, sosiologi, dan antropologi (World Health Organization, 2003 dalam Yulia et al., 2024).

2. Karakteristik Komunikasi Kesehatan

Menurut Schiavo (2007), komunikasi kesehatan memiliki sejumlah karakteristik utama yang membedakannya dari bentuk komunikasi lainnya. Komunikasi kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian pesan, tetapi juga sebagai proses yang melibatkan pertukaran makna dan informasi antara komunikator dan komunikan. Melalui proses ini, komunikasi kesehatan diarahkan untuk memengaruhi individu maupun komunitas agar memiliki pemahaman yang lebih baik tentang isu kesehatan serta terdorong untuk melakukan tindakan yang mendukung kesehatan (Yulia et al., 2024).

Salah satu karakteristik penting komunikasi kesehatan adalah kemampuannya dalam memengaruhi individu atau kelompok sasaran. Komunikasi kesehatan dirancang tidak hanya untuk memberikan informasi (*informing*), tetapi juga untuk memotivasi sasaran agar terlibat secara aktif dalam upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Proses komunikasi ini bersifat dua arah, sehingga memungkinkan terjadinya pertukaran informasi yang berkelanjutan antara pemberi dan penerima pesan.

Karakteristik lain yang menonjol adalah orientasi komunikasi kesehatan terhadap perubahan perilaku. Komunikasi kesehatan bertujuan mendorong individu dan masyarakat untuk mengadopsi serta mempertahankan perilaku kesehatan yang positif. Dengan demikian, keberhasilan komunikasi kesehatan tidak hanya diukur dari tersampainya pesan, tetapi juga dari sejauh mana pesan tersebut mampu memengaruhi sikap dan perilaku sasaran (Schiavo, 2007 dalam Yulia et al., 2024).

Lebih lanjut, komunikasi kesehatan mencakup tiga aspek utama dalam intervensi terhadap sasaran, yaitu pemenuhan kebutuhan kesehatan yang diperlukan, pemahaman terhadap hal-hal yang dibutuhkan, serta perhatian terhadap hal-hal yang diinginkan oleh individu atau masyarakat. Pendekatan ini menegaskan bahwa komunikasi kesehatan harus berorientasi pada sasaran dan disesuaikan dengan konteks sosial, budaya, serta kondisi sasaran komunikasi.

Menurut *Healthy People 2010* yang dikembangkan oleh U.S. Department of Health and Human Services (2014), ruang lingkup komunikasi kesehatan meliputi

beberapa dimensi penting. *Pertama*, komunikasi kesehatan bersifat informatif dalam menjelaskan pencegahan penyakit, promosi kesehatan, kebijakan kesehatan, kebijakan pelayanan dan perawatan kesehatan, kebijakan bisnis kesehatan, peningkatan kualitas hidup, serta pemeliharaan kesehatan individu dalam komunitas. *Kedua*, komunikasi kesehatan berperan dalam pendidikan kesehatan yang bertujuan membantu individu dan masyarakat memahami cara mengubah perilaku serta meningkatkan kualitas hidup. *Ketiga*, komunikasi kesehatan mencakup hubungan terapeutik antara tenaga kesehatan dan klien, serta komunikasi kesehatan melalui media massa dan komunitas untuk menjangkau sasaran yang lebih luas.

Dengan karakteristik tersebut, komunikasi kesehatan dapat dipahami sebagai proses komunikasi yang kompleks, dinamis, dan berorientasi pada perubahan perilaku, yang memadukan aspek informatif, edukatif, persuasif, dan terapeutik dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan individu dan masyarakat.

a. Elemen-Elemen Komunikasi Kesehatan

- 1) Audiens: Audiens adalah penerima pesan utama dalam komunikasi kesehatan, meliputi individu, keluarga, maupun komunitas yang menjadi sasaran intervensi. Perencanaan yang berfokus pada audiens membutuhkan pemahaman konteks sosial, budaya, dan kebutuhan informasi, sehingga pesan dapat diterima secara efektif dan bermakna (CDC, 2023).
- 2) Research (Profil Audiens dan Situasi): Pengkajian awal terhadap profil audiens dan situasi merupakan langkah penting untuk memastikan pesan relevan dan responsif terhadap kebutuhan nyata masyarakat. Ini mencakup identifikasi tingkat literasi kesehatan, persepsi risiko, dan hambatan komunikasi yang mungkin muncul (CDC, 2023; WHO, 2024).
- 3) Multidisipliner: Komunikasi kesehatan bertumpu pada kolaborasi lintas disiplin, seperti keperawatan, kesehatan masyarakat, psikologi, dan komunikasi. Pendekatan multidisipliner memungkinkan penyusunan pesan yang komprehensif dan pengembangan intervensi yang lebih kuat secara ilmiah (WHO, 2024).
- 4) Strategi: Strategi komunikasi kesehatan mencakup penetapan tujuan, penentuan pesan utama, pemilihan media, serta tahapan pelaksanaan dan evaluasi. Perencanaan strategis ini harus berbasis bukti dan adaptif terhadap dinamika media dan kebutuhan audiens (CDC, 2023).
- 5) Berorientasi Proses: Komunikasi kesehatan bukan aktivitas sekali jadi, tetapi proses berkelanjutan mulai dari perencanaan, pelaksanaan,

- monitoring, hingga evaluasi. Evaluasi berkelanjutan memungkinkan penyesuaian pesan dan pendekatan sesuai respons audiens (WHO, 2024).
- 6) **Cost-Effective:** Efektivitas biaya menjadi pertimbangan penting dalam komunikasi kesehatan, terutama bagi program yang berskala besar atau berkelanjutan. Pemilihan media yang tepat dengan pertimbangan efisiensi sumber daya dapat meningkatkan jangkauan pesan tanpa mengurangi kualitas dampak (CDC, 2023).
 - 7) **Creative in Support of Strategy (Friendly Tools):** Kreativitas mendukung strategi dengan memilih alat bantu yang menarik dan mudah dipahami oleh audiens. Media digital seperti video pendek, ilustrasi, dan materi interaktif dapat meningkatkan keterlibatan dan pemahaman, terutama di era teknologi informasi (*Zhu et al., 2023*).
 - 8) **Audience and Media Specific:** Pesan dan media komunikasi harus disesuaikan dengan karakteristik audiens dan kanal yang paling efektif. Misalnya, generasi muda lebih responsif terhadap konten digital interaktif, sedangkan kelompok lansia mungkin lebih menerima melalui audio atau tatap muka (WHO, 2024; Zhu, Z., Liu, S., & Zhang, 2023)
 - 9) **Relationship Building:** Komunikasi kesehatan yang sukses tidak hanya mengirim informasi, tetapi juga membangun hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dan masyarakat. Hubungan yang kuat akan meningkatkan keterbukaan audiens terhadap pesan dan memperkuat dukungan terhadap intervensi kesehatan (WHO, 2024).
 - 10) **Berorientasi pada Perubahan Perilaku atau Sosial :** Tujuan utama komunikasi kesehatan adalah mendorong perubahan perilaku dan norma sosial yang mendukung kesehatan. Pesan harus dirancang tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan, tetapi juga untuk memotivasi tindakan nyata dan perubahan perilaku yang berkelanjutan (CDC, 2023; Oxman, 2022).

Tabel 8.1: Elemen Komunikasi Kesehatan dan Contoh dalam Keperawatan Komunitas

No	Elemen Komunikasi Kesehatan	Uraian Singkat	Contoh dalam Keperawatan Komunitas
1	Audiens	Sasaran komunikasi kesehatan yang menerima pesan, baik individu, keluarga,	Remaja, ibu hamil, lansia, kader posyandu, atau mahasiswa

		maupun kelompok masyarakat	
2	Research (Profil Audiens dan Situasi)	Pengkajian kebutuhan, karakteristik, masalah, dan konteks audiens	Survei pengetahuan SADARI pada mahasiswa sebelum edukasi
3	Multidisciplinary	Pelibatan berbagai disiplin ilmu dalam perencanaan dan pelaksanaan komunikasi	Kolaborasi perawat, bidan, psikolog, dan tenaga promosi kesehatan
4	Strategi	Perencanaan sistematis tujuan, pesan, media, dan metode komunikasi	Strategi edukasi kelompok menggunakan video animasi dan diskusi
5	Proses Orientasi	Komunikasi sebagai proses berkelanjutan dari perencanaan hingga evaluasi	Edukasi berulang pada kegiatan posyandu atau kelas kesehatan
6	Cost-Effective	Pemilihan metode dan media yang efisien dari sisi biaya dan sumber daya	Pemanfaatan media sosial atau WhatsApp group untuk edukasi
7	Creative in Support of Strategy (Friendly Tools)	Penggunaan alat bantu kreatif dan mudah dipahami	Video animasi kesehatan payudara atau infografis digital
8	Audience and Media Specific	Penyesuaian pesan dan media dengan karakteristik sasaran	Edukasi remaja melalui Instagram atau TikTok
9	Relationship Building	Pembangunan hubungan saling percaya antara komunikator dan audiens	Pendekatan empatik perawat komunitas saat penyuluhan
10	Aimed at Behavioral or Social Change	Komunikasi diarahkan pada perubahan perilaku dan norma sosial	Peningkatan praktik SADARI secara rutin pada remaja putri

b. Beberapa Aksi dalam Komunikasi Kesehatan

1) Interpersonal Communication (Komunikasi Interpersonal)

Komunikasi interpersonal merupakan bentuk komunikasi kesehatan yang berlangsung secara langsung antara tenaga kesehatan dan individu atau kelompok kecil. Aksi ini menekankan kemampuan tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi kebutuhan audiens, menyesuaikan pesan dengan latar belakang budaya, serta merespons secara empatik dan efektif. Dalam praktik, komunikasi interpersonal sering diwujudkan dalam bentuk konseling kesehatan dan edukasi individual, dengan tujuan mengoptimalkan hubungan profesional antara tenaga kesehatan dan klien atau pasien sehingga dapat mendorong perubahan perilaku kesehatan yang positif (CDC, 2023; WHO, 2017).

2) Public Relation, Public Advocacy, dan Government Relations

Aksi komunikasi kesehatan ini berfokus pada upaya membangun hubungan dengan masyarakat luas, media, pemangku kepentingan, serta pemerintah. Melalui pendekatan ini, pesan kesehatan disampaikan dengan mempertimbangkan konteks budaya dan sosial masyarakat serta kepentingan kebijakan publik. Public advocacy dan government relations berperan penting dalam mendukung kebijakan kesehatan, meningkatkan kesadaran publik, serta memperkuat dukungan lintas sektor terhadap program kesehatan masyarakat (CDC, 2023; WHO, 2024).

3) Community Mobilization (Mobilisasi Komunitas)

Mobilisasi komunitas merupakan aksi komunikasi kesehatan yang bertujuan menggerakkan partisipasi aktif masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan. Pendekatan ini menekankan pembangunan hubungan yang kuat dengan tokoh masyarakat, pemimpin komunitas, dan organisasi lokal untuk mendorong perubahan perilaku dan perubahan sosial yang berkelanjutan. Melalui mobilisasi komunitas, komunikasi kesehatan tidak hanya bersifat informatif, tetapi juga memberdayakan masyarakat untuk terlibat langsung dalam tindakan kesehatan kolektif (Oxman, 2022; WHO, 2020).

4) Professional Medical Communications (Komunikasi Medis Profesional)

Komunikasi medis profesional mencakup pertukaran informasi kesehatan secara formal antar tenaga kesehatan, antara tenaga kesehatan dan institusi, maupun melalui media ilmiah dan profesional. Aksi ini bertujuan memastikan akurasi, konsistensi, dan kredibilitas informasi kesehatan yang disampaikan, serta mendukung pengambilan keputusan klinis dan kebijakan berbasis bukti. Dalam konteks kesehatan masyarakat,

komunikasi medis profesional berperan penting dalam koordinasi layanan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan (WHO, 2024).

5) Constituency Relations (Hubungan dengan Kelompok Sasaran)

Constituency relations mengacu pada upaya membangun dan memelihara hubungan berkelanjutan dengan kelompok sasaran tertentu, seperti komunitas lokal, organisasi masyarakat, atau kelompok rentan. Aksi ini bertujuan menciptakan kepercayaan, meningkatkan keterlibatan audiens, serta memastikan bahwa program dan pesan kesehatan tetap relevan dengan kebutuhan sasaran. Hubungan yang kuat dengan kelompok sasaran terbukti meningkatkan efektivitas komunikasi kesehatan dan keberhasilan intervensi jangka panjang (CDC, 2023; WHO, 2024).

Tabel 8.2: Aksi Komunikasi Kesehatan dan Contoh dalam Keperawatan Komunitas

No	Aksi Komunikasi Kesehatan	Uraian Singkat	Contoh dalam Keperawatan Komunitas
1	Interpersonal Communication	Komunikasi langsung antara tenaga kesehatan dan individu/kelompok kecil untuk memahami kebutuhan, membangun hubungan, dan memengaruhi perilaku kesehatan	Konseling kesehatan payudara dan edukasi SADARI oleh perawat komunitas
2	Public Relation, Public Advocacy, Government Relations	Upaya membangun hubungan dengan masyarakat, media, dan pemangku kebijakan untuk mendukung program dan kebijakan kesehatan	Advokasi program promosi kesehatan remaja melalui kerja sama puskesmas dan sekolah
3	Community Mobilization	Penggerakan partisipasi aktif masyarakat melalui kerja sama dengan tokoh dan organisasi komunitas	Pemberdayaan kader posyandu dan tokoh masyarakat dalam kampanye hidup sehat
4	Professional Medical Communications	Pertukaran informasi kesehatan yang akurat dan berbasis bukti antar tenaga kesehatan dan institusi	Koordinasi perawat komunitas dengan bidan dan dokter dalam program deteksi dini
5	Constituency Relations	Pembangunan hubungan berkelanjutan dengan kelompok sasaran untuk meningkatkan kepercayaan dan keterlibatan	Pendampingan berkelanjutan kelompok remaja atau keluarga binaan puskesmas

3. Tujuan dan prinsip komunikasi kesehatan

Komunikasi kesehatan memiliki tujuan yang luas dan bersifat multidimensional karena tidak hanya berfokus pada penyampaian informasi, tetapi juga diarahkan untuk memengaruhi cara individu dan masyarakat memahami, menyikapi, serta bertindak terhadap isu kesehatan. Salah satu tujuan utama komunikasi kesehatan adalah meningkatkan pengetahuan kesehatan, sehingga individu dan masyarakat mampu memahami konsep kesehatan, faktor risiko, serta manfaat dari tindakan dan perilaku kesehatan tertentu (Kreps, G. L., & Thornton, 1992). Pengetahuan yang memadai menjadi dasar penting dalam proses pengambilan keputusan kesehatan yang rasional dan bertanggung jawab.

Selain meningkatkan pengetahuan, komunikasi kesehatan bertujuan membentuk sikap positif terhadap kesehatan. Melalui pesan yang dirancang secara sistematis dan relevan dengan konteks sasaran, komunikasi kesehatan berupaya meningkatkan kesadaran, kepedulian, serta persepsi positif terhadap pentingnya perilaku hidup sehat (Nutbeam, 2000). Sikap positif ini berperan sebagai prasyarat dalam mendorong keterlibatan aktif individu dan masyarakat dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Tujuan berikutnya adalah mendorong perubahan perilaku kesehatan, baik dalam aspek promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Komunikasi kesehatan tidak hanya bertujuan agar individu mengetahui dan memahami pesan kesehatan, tetapi juga agar mereka mampu mengadopsi dan mempertahankan perilaku kesehatan yang dianjurkan dalam kehidupan sehari-hari (Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Schiavo, 2014). Dengan demikian, komunikasi kesehatan berperan langsung dalam mendukung pencapaian hasil kesehatan yang lebih baik.

Lebih lanjut, komunikasi kesehatan bertujuan memberdayakan individu dan masyarakat agar mampu mengambil keputusan kesehatan secara mandiri dan bertanggung jawab. Pemberdayaan ini diwujudkan melalui peningkatan literasi kesehatan, penguatan kapasitas individu dan komunitas, serta penciptaan lingkungan komunikasi yang partisipatif dan mendukung (World Health Organization, 2003). Melalui pendekatan ini, masyarakat tidak hanya menjadi penerima informasi, tetapi juga subjek aktif dalam pengelolaan kesehatannya.

Di tingkat yang lebih luas, komunikasi kesehatan juga berfungsi untuk mendukung kebijakan dan program kesehatan. Penyampaian informasi yang konsisten, jelas, dan berkesinambungan dapat meningkatkan pemahaman publik, memperkuat penerimaan masyarakat, serta mendukung keberhasilan implementasi berbagai program dan kebijakan kesehatan (WHO, 2017).

Dalam era digital, tujuan komunikasi kesehatan semakin berkembang. Komunikasi kesehatan tidak hanya berperan dalam menyampaikan informasi, tetapi juga menjadi sarana strategis untuk melawan misinformasi dan disinformasi kesehatan, meningkatkan literasi kesehatan digital, serta membangun dan mempertahankan kepercayaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan (Schiavo, 2014). Oleh karena itu, komunikasi kesehatan dituntut untuk adaptif terhadap perkembangan teknologi, karakteristik audiens digital, serta dinamika sosial yang terus berubah.

4. Unsur komunikasi kesehatan (komunikator, pesan, media, komunikan, umpan balik)

Komunikasi kesehatan terdiri atas beberapa unsur utama yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Unsur-unsur tersebut meliputi komunikator, pesan, media, komunikan, dan umpan balik. Keterpaduan antarunsur ini menentukan efektivitas komunikasi kesehatan dalam mencapai tujuan perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan (Kreps, G. L., & Thornton, 1992; Schiavo, 2014).

- a. Komunikator merupakan pihak yang menyampaikan pesan kesehatan kepada sasaran. Dalam konteks pelayanan dan promosi kesehatan, komunikator dapat berupa tenaga kesehatan, seperti perawat komunitas, bidan, dokter, promotor kesehatan, maupun institusi kesehatan. Kredibilitas komunikator, yang mencakup kompetensi, kejujuran, dan empati, sangat memengaruhi tingkat kepercayaan komunikan terhadap pesan kesehatan yang disampaikan (Schiavo, 2014). Oleh karena itu, komunikator dituntut tidak hanya menguasai materi kesehatan, tetapi juga memiliki kemampuan komunikasi interpersonal dan sensitivitas sosial budaya.
- b. Pesan merupakan isi atau muatan komunikasi kesehatan yang disampaikan kepada komunikan. Pesan kesehatan dapat berupa informasi, edukasi, maupun ajakan untuk melakukan tindakan kesehatan tertentu. Agar efektif, pesan harus disusun secara jelas, akurat, relevan, dan persuasif, serta disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik sasaran. Pesan yang terlalu kompleks atau tidak sesuai dengan konteks sasaran berpotensi menimbulkan kesalahpahaman dan mengurangi efektivitas komunikasi.
- c. Media berfungsi sebagai sarana atau saluran dalam penyampaian pesan kesehatan. Media komunikasi kesehatan dapat berupa media konvensional, seperti poster, leaflet, radio, dan televisi, maupun media digital, termasuk website, aplikasi kesehatan, dan media sosial. Pemilihan media yang tepat harus mempertimbangkan aksesibilitas, tingkat literasi, serta kebiasaan media

yang dimiliki oleh sasaran komunikasi (WHO, 2017). Media yang relevan akan membantu memperluas jangkauan pesan dan meningkatkan peluang pesan untuk diterima dan dipahami.

- d. Komunikasikan merupakan individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menjadi sasaran komunikasi kesehatan. Karakteristik komunikasikan, seperti usia, tingkat pendidikan, latar belakang sosial budaya, nilai, dan kepercayaan, sangat memengaruhi cara mereka menerima dan menafsirkan pesan kesehatan (Kreps, G. L., & Thornton, 1992). Oleh karena itu, pemahaman yang baik terhadap komunikasikan menjadi dasar dalam perancangan pesan dan pemilihan media komunikasi.
- e. Unsur terakhir adalah umpan balik, yaitu respons atau reaksi yang diberikan oleh komunikasikan setelah menerima pesan kesehatan. Umpan balik dapat berupa pertanyaan, sikap, perubahan pemahaman, maupun perubahan perilaku yang ditunjukkan oleh sasaran. Keberadaan umpan balik memungkinkan komunikator untuk menilai tingkat pemahaman dan penerimaan pesan, serta melakukan penyesuaian strategi komunikasi bila diperlukan (Schiavo, 2014).

Secara keseluruhan, keberhasilan komunikasi kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian dan keseimbangan antarunsur komunikasi tersebut. Kelemahan pada salah satu unsur, seperti pemilihan media yang tidak sesuai dengan karakteristik sasaran, dapat mengurangi efektivitas komunikasi kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, perencanaan komunikasi kesehatan harus dilakukan secara komprehensif dan berorientasi pada kebutuhan sasaran.

5. Etika dalam komunikasi kesehatan

Etika merupakan aspek fundamental dalam komunikasi kesehatan karena berkaitan langsung dengan nilai, norma, dan tanggung jawab moral dalam penyampaian pesan kesehatan kepada individu maupun masyarakat. Dalam konteks pelayanan dan promosi kesehatan, komunikasi yang etis menjadi prasyarat utama untuk memastikan bahwa informasi yang disampaikan tidak hanya benar secara ilmiah, tetapi juga disampaikan dengan cara yang menghormati martabat, hak, dan kepentingan sasaran komunikasi (Schiavo, 2014; WHO, 2017).

Tenaga kesehatan, termasuk perawat komunitas, dituntut untuk menjaga profesionalisme, kejujuran, dan tanggung jawab dalam setiap proses komunikasi kesehatan. Prinsip etika komunikasi kesehatan meliputi penghormatan terhadap privasi dan kerahasiaan informasi kesehatan, keadilan dalam penyampaian informasi, serta komitmen untuk menghindari konflik kepentingan dan

penyebaran informasi yang menyesatkan. Prinsip-prinsip tersebut menjadi sangat penting, terutama ketika komunikasi kesehatan memanfaatkan media digital dan media sosial sebagai sarana edukasi yang memiliki jangkauan luas dan potensi dampak yang besar (WHO, 2017).

Selain itu, komunikasi kesehatan yang etis menuntut penyampaian pesan yang akurat, seimbang, dan tidak menimbulkan stigma terhadap individu atau kelompok tertentu. Penyampaian informasi kesehatan harus mempertimbangkan sensitivitas sosial budaya, nilai, serta kondisi psikologis sasaran agar pesan tidak menimbulkan ketakutan, diskriminasi, atau kesalahpahaman (Schiavo, 2014). Dengan demikian, etika komunikasi kesehatan tidak hanya berkaitan dengan isi pesan, tetapi juga dengan cara, konteks, dan dampak dari pesan tersebut.

Dalam praktik keperawatan komunitas, penerapan etika komunikasi kesehatan menjadi landasan penting dalam membangun dan mempertahankan kepercayaan masyarakat. Komunikasi yang etis dan empatik memungkinkan terjalinnya hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dan masyarakat, sehingga masyarakat lebih terbuka dalam menerima informasi dan berpartisipasi dalam program kesehatan. Kepercayaan ini merupakan modal sosial yang penting dalam keberhasilan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit di tingkat komunitas (Kreps, G. L., & Thornton, 1992).

Secara keseluruhan, komunikasi kesehatan yang berlandaskan etika tidak hanya meningkatkan efektivitas edukasi kesehatan, tetapi juga memperkuat peran tenaga kesehatan sebagai mitra masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan. Oleh karena itu, pemahaman dan penerapan etika komunikasi kesehatan perlu menjadi bagian integral dalam pendidikan dan praktik keperawatan komunitas serta bidang kesehatan masyarakat secara umum.

6. Fungsi Komunikasi Kesehatan

Komunikasi memiliki peran yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan karena berkontribusi langsung terhadap keselamatan pasien, individu, dan komunitas. Komunikasi yang efektif membantu tenaga kesehatan menyampaikan informasi secara akurat, membangun kepercayaan, serta mendukung pengambilan keputusan kesehatan yang tepat (Kementerian Kesehatan RI, 2018; World Health Organization [WHO], 2024).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), fungsi komunikasi kesehatan dalam pelayanan kesehatan meliputi:

- a. Memperoleh dan memberikan informasi kesehatan, sehingga individu dan masyarakat memahami kondisi, risiko, dan pilihan tindakan kesehatan yang tersedia.

- b. Mengubah perilaku kesehatan, melalui penyampaian pesan yang mendorong adopsi perilaku sehat dan pencegahan penyakit.
- c. Meyakinkan dan mengajak, yaitu memengaruhi sikap dan motivasi individu maupun kelompok agar bersedia melakukan tindakan kesehatan yang dianjurkan.
- d. Memberikan pengertian, dengan membantu masyarakat memahami makna informasi kesehatan secara benar dan kontekstual.
- e. Mendorong pemanfaatan layanan kesehatan, sehingga masyarakat mampu mengakses dan menggunakan pelayanan kesehatan secara tepat.

Sejalan dengan hal tersebut, komunikasi kesehatan juga dipahami sebagai faktor yang memengaruhi tingkat kesehatan masyarakat secara luas. Melalui komunikasi, kepercayaan, persepsi, dan sikap terhadap kesehatan dapat dibentuk dan diarahkan, sehingga berdampak pada pengetahuan, kesadaran, serta efektivitas upaya pencegahan dan promosi kesehatan (CDC, 2023; WHO, 2024).

Secara lebih luas, fungsi komunikasi kesehatan mencakup:

- a. Mempengaruhi kepercayaan, persepsi, dan sikap individu serta komunitas terhadap isu kesehatan, termasuk risiko penyakit dan manfaat perilaku sehat.
- b. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran kesehatan, sehingga masyarakat mampu mengenali masalah kesehatan dan cara penanganannya.
- c. Meningkatkan efektivitas upaya pencegahan dan promosi kesehatan, melalui pesan yang konsisten, kredibel, dan berbasis bukti.
- d. Mendukung perbaikan kondisi kesehatan, baik dalam situasi akut maupun kronis, dengan mendorong kepatuhan terhadap anjuran kesehatan.
- e. Mengurangi kesenjangan kesehatan, termasuk yang dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, ras, dan etnik, melalui komunikasi yang inklusif dan berkeadilan.
- f. Memperkuat hubungan dan koordinasi organisasi kesehatan, baik antar tenaga kesehatan maupun antar lembaga pelayanan.
- g. Mendukung respon cepat dalam situasi darurat kesehatan, melalui penyampaian informasi yang jelas dan tepat waktu.
- h. Menunjukkan manfaat perubahan perilaku kesehatan, sehingga individu dan masyarakat termotivasi untuk mempertahankan perilaku sehat.
- i. Meningkatkan permintaan dan pemanfaatan layanan kesehatan, terutama layanan promotif dan preventif.
- j. Menangkal mitos, disinformasi, dan kesalahpahaman, khususnya di era digital dan media sosial (CDC, 2023; Oxman, 2022).

**Tabel 8.3: Fungsi Komunikasi Kesehatan dan Contoh
dalam Keperawatan Komunitas**

No	Fungsi Komunikasi Kesehatan	Contoh dalam Keperawatan Komunitas
1	Memberikan dan memperoleh informasi kesehatan	Perawat menjelaskan jadwal imunisasi, gizi seimbang, dan pencegahan penyakit kepada keluarga dan kader posyandu.
2	Mengubah perilaku kesehatan	Edukasi cuci tangan pakai sabun dan penggunaan masker untuk menurunkan risiko penyakit menular di masyarakat.
3	Meyakinkan dan mengajak	Perawat membujuk remaja dan ibu untuk melakukan SADARI dan pemeriksaan kesehatan rutin.
4	Memberikan pengertian	Menjelaskan penyebab, tanda, dan cara pencegahan hipertensi dengan bahasa sederhana dan sesuai budaya lokal.
5	Mendorong pemanfaatan layanan kesehatan	Mengajak masyarakat memanfaatkan posbindu PTM dan puskesmas untuk skrining kesehatan.
6	Mempengaruhi kepercayaan, persepsi, dan sikap	Meluruskan anggapan keliru tentang vaksin melalui diskusi kelompok masyarakat.
7	Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran kesehatan	Pendidikan kesehatan tentang bahaya rokok elektrik pada remaja di sekolah dan komunitas.
8	Meningkatkan efektivitas promosi dan pencegahan	Kampanye hidup bersih dan sehat melalui penyuluhan dan media edukasi visual.
9	Mendukung perbaikan kondisi kesehatan	Pendampingan keluarga dengan anggota sakit kronis agar patuh minum obat dan kontrol rutin.
10	Mengurangi kesenjangan kesehatan	Penyuluhan kesehatan reproduksi pada kelompok rentan dengan pendekatan budaya dan bahasa setempat.
11	Memperkuat hubungan dan koordinasi organisasi	Kolaborasi perawat, kader, dan tokoh masyarakat dalam program Desa/Kelurahan Sehat.
12	Mendukung respon cepat kondisi darurat	Edukasi kesiapsiagaan bencana dan pertolongan pertama pada masyarakat rawan bencana.
13	Menunjukkan manfaat perubahan perilaku	Menyampaikan hasil positif perubahan pola makan pada keluarga dengan risiko diabetes.
14	Meningkatkan permintaan layanan kesehatan	Sosialisasi skrining kanker payudara dan kanker serviks kepada perempuan usia subur.
15	Menangkal mitos dan disinformasi	Klarifikasi hoaks kesehatan yang beredar di media sosial melalui edukasi berbasis bukti.

C. Media Sosial sebagai Sarana Edukasi Kesehatan

1. Pengertian dan karakteristik media sosial

Media sosial merupakan platform digital berbasis internet yang memungkinkan pengguna untuk membuat, berbagi, dan berinteraksi dengan konten secara cepat dan luas melalui jaringan online. Dalam perspektif komunikasi digital, media sosial didefinisikan sebagai aplikasi web berbasis teknologi *Web 2.0* yang memungkinkan penciptaan, pertukaran, dan kolaborasi konten oleh penggunanya, sehingga membedakannya dengan media konvensional yang sifatnya satu arah (Chen & Wang, 2021).

Dalam konteks kesehatan, media sosial berfungsi sebagai sarana komunikasi yang memfasilitasi pertukaran informasi kesehatan antara tenaga kesehatan, institusi, dan masyarakat, termasuk dalam penyelenggaraan kampanye kesehatan, edukasi, promosi perilaku hidup sehat, literasi kesehatan, serta diskusi ilmiah dan dukungan antar-pasien. Penggunaan media sosial oleh organisasi kesehatan dan praktisi kesehatan telah meningkat secara signifikan, terutama selama respons terhadap pandemi global, menunjukkan peran strategisnya dalam penyampaian informasi kesehatan yang cepat dan responsive (Purba et al., 2024).

Karakteristik utama media sosial meliputi sifat interaktif, partisipatif, visual, serta kemampuan komunikasi dua arah secara real time, yang memungkinkan pengguna tidak hanya berperan sebagai penerima informasi tetapi juga menjadi produsen dan penyebar konten. Dengan adanya fitur untuk mengunggah teks, gambar, video, atau audio secara langsung, media sosial mendorong keterlibatan aktif audiens dan kolaborasi peer-to-peer yang intensif (Margaretta, 2025).

Selain itu, media sosial memiliki kemampuan menjangkau audiens yang luas tanpa batasan geografis dan waktu, sehingga memberikan peluang besar dalam penyampaian pesan edukasi kesehatan yang berkelanjutan dan mudah diakses oleh masyarakat luas. Hal ini diperkuat oleh temuan ilmiah bahwa media sosial dapat digunakan untuk mengakses dan menyebarkan materi edukasi kesehatan secara cepat, meningkatkan pengetahuan masyarakat, dan juga mendorong perilaku sehat di berbagai kelompok populasi (Pebriani, 2024).

Kendati demikian, karakteristik tersebut juga menuntut *kehati-hatian* dalam penyusunan dan penyebaran pesan agar informasi yang disampaikan tetap akurat, kredibel, dan bertanggung jawab. Tantangan utama yang sering dijumpai meliputi risiko misinformasi, konten yang tidak tervalidasi secara ilmiah, serta isu privasi dan profesionalisme yang harus dikelola dengan pendekatan etis dan literasi digital yang memadai.

2. Jenis media sosial (Instagram, TikTok, YouTube, WhatsApp, X, Facebook)

Berbagai *platform* media sosial telah dimanfaatkan secara luas sebagai sarana edukasi kesehatan, dengan masing-masing platform memiliki karakteristik, fitur, dan keunggulan tersendiri yang mendukung komunikasi kesehatan digital. Platform berbasis visual seperti Instagram dan TikTok efektif digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan melalui video pendek, *infografis*, dan animasi yang menarik, sehingga mampu meningkatkan keterlibatan dan pemahaman audiens terhadap berbagai informasi kesehatan yang kompleks (*short-form visual content*) serta menjangkau kelompok usia muda secara lebih cepat. Penelitian menunjukkan bahwa konten edukatif yang menarik dan interaktif di TikTok dan Instagram berperan signifikan dalam peningkatan pengetahuan kesehatan generasi muda tentang isu-isu menentukan perilaku sehat karena format visualnya memudahkan pembelajaran informal dan berbasis pengalaman pengguna (Paul, 2025).

Sementara itu, *YouTube* memungkinkan penyampaian materi edukasi kesehatan yang lebih mendalam melalui video berdurasi panjang, tutorial, *webinar*, atau diskusi panel, sehingga cocok untuk pembelajaran yang membutuhkan konteks lebih luas, penjelasan berlapis, atau demonstrasi keterampilan seperti tutorial praktis. *YouTube* juga sering dipilih oleh pengguna muda dan dewasa untuk mencari panduan kesehatan, wawancara pakar, serta informasi yang dapat ditinjau ulang kapan saja (Paul, 2025).

Di sisi lain, platform komunikasi berbasis pesan instan seperti WhatsApp dan Telegram banyak digunakan dalam konteks edukasi kesehatan kelompok kecil, terutama di antara keluarga, kader kesehatan, atau komunitas lokal. WhatsApp dan Telegram mendukung pembentukan *grup* diskusi, pertukaran materi edukatif berupa teks, gambar, atau video pendek, serta koordinasi pesan kesehatan yang bersifat *peer-to-peer*, sehingga sangat bermanfaat dalam kegiatan promosi kesehatan komunitas dan komunikasi tindak lanjut secara personal (Sanghavi et al., 2025).

Media sosial lain seperti *Facebook* dan X (sebelumnya Twitter) juga memainkan peran penting dalam penyebaran informasi kesehatan, diskusi publik, serta kampanye promosi kesehatan melalui penggunaan *grup*, *halaman komunitas*, *hashtag*, dan jaringan profesional yang luas. Facebook memungkinkan integrasi antara teks, gambar, video, dan tautan sumber referensi, sementara X cocok untuk penyebaran informasi singkat dan *hashtag engagement* dalam kampanye kesehatan yang bersifat cepat dan viral (Paul, 2025).

Oleh karena itu, pemilihan jenis media sosial harus disesuaikan dengan karakteristik audiens, tujuan edukasi, dan jenis pesan kesehatan yang ingin

disampaikan, karena setiap platform memiliki cara konsumsi konten yang berbeda serta kemampuan untuk menjangkau dan memengaruhi perilaku audiens yang juga bervariasi (Chen & Wang, 2021).

3. Keunggulan media sosial dalam edukasi masyarakat

Media sosial memiliki sejumlah keunggulan yang menjadikannya sarana efektif dalam edukasi kesehatan masyarakat.

a. Penyampaian informasi yang cepat dan luas

Media sosial memungkinkan penyebaran pesan kesehatan secara cepat, masif, dan tanpa batasan geografis maupun waktu. Karakteristik ini menjadikan media sosial efektif untuk kampanye kesehatan masyarakat, terutama dalam situasi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, karena informasi dapat diakses secara *real time* oleh berbagai kelompok populasi (Neiger, B. L., 2018).

b. Pemanfaatan elemen visual dan audio yang menarik

Penggunaan video, animasi, infografis, dan konten audio-visual di media sosial terbukti meningkatkan daya tarik, pemahaman, serta retensi informasi kesehatan. Media berbasis visual mampu menyederhanakan pesan kesehatan yang kompleks sehingga lebih mudah dipahami dan diingat oleh masyarakat dibandingkan penyampaian berbasis teks semata (Chen & Wang, 2021; Montag & Gan, 2018).

c. Mendukung interaksi dan umpan balik dua arah

Media sosial menyediakan ruang komunikasi interaktif melalui fitur komentar, pesan langsung, dan diskusi daring. Interaksi ini memungkinkan tenaga kesehatan memberikan klarifikasi, menjawab pertanyaan, serta menyesuaikan pesan kesehatan sesuai kebutuhan dan respons masyarakat, sehingga meningkatkan keterlibatan (*engagement*) dan kepercayaan publik (Moorhead, 2019; Ventola, 2014).

d. Fleksibilitas dalam penyampaian pesan Kesehatan

Media sosial memungkinkan penyampaian pesan kesehatan secara formal maupun informal, baik melalui konten edukatif, kampanye tematik, maupun pendekatan persuasif berbasis komunitas. Fleksibilitas ini memudahkan adaptasi pesan sesuai karakteristik sasaran, usia, budaya, dan tingkat literasi kesehatan (Neiger, B. L., 2018).

e. Kemampuan pengulangan pesan secara konsisten

Media sosial mendukung pengulangan pesan kesehatan secara terjadwal dan berkelanjutan, yang sangat penting dalam proses pembentukan kesadaran, penguatan ingatan, dan perubahan perilaku kesehatan.

Pengulangan pesan yang konsisten terbukti efektif dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit kronis (WHO, 2022).

f. Mendukung perubahan perilaku kesehatan masyarakat

Kombinasi jangkauan luas, daya tarik visual, interaksi aktif, dan konsistensi pesan menjadikan media sosial sebagai sarana strategis dalam mendorong peningkatan pengetahuan, kesadaran, dan perubahan perilaku kesehatan masyarakat secara berkelanjutan (Chen & Wang, 2021; WHO, 2020).

4. Perubahan pola pencarian informasi kesehatan oleh masyarakat

Perkembangan teknologi digital telah membawa perubahan mendasar dalam pola pencarian informasi kesehatan masyarakat. Jika pada masa sebelumnya informasi kesehatan umumnya diperoleh melalui tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, serta media cetak dan elektronik konvensional, saat ini masyarakat semakin mengandalkan media digital sebagai sumber utama informasi kesehatan. Internet dan media sosial memungkinkan individu mengakses informasi kesehatan secara mandiri, cepat, dan tanpa batasan waktu maupun tempat (WHO, 2019).

Seiring dengan kemudahan akses tersebut, masyarakat modern cenderung melakukan pencarian informasi kesehatan secara lebih aktif sebelum, selama, dan setelah berinteraksi dengan tenaga kesehatan. Mesin pencari dan media sosial sering menjadi rujukan awal dalam memahami gejala penyakit, pilihan pengobatan, upaya pencegahan, serta penerapan gaya hidup sehat. Pola ini mencerminkan pergeseran perilaku masyarakat dari pendekatan yang bersifat pasif menjadi lebih aktif dan partisipatif, di mana individu berperan sebagai pencari, pengolah, dan pengguna informasi kesehatan bagi dirinya sendiri maupun keluarganya (Lambert & Loiselle, 2007; McMullan, 2006).

Selain perubahan pada pola pencarian, karakteristik informasi kesehatan yang diminati masyarakat juga mengalami pergeseran. Masyarakat tidak hanya mencari informasi medis yang bersifat klinis dan teknis, tetapi juga informasi yang praktis, visual, dan mudah dipahami. Konten berupa video pendek, infografis, narasi berbasis pengalaman personal, serta penyampaian berbentuk cerita lebih diminati dibandingkan teks panjang yang bersifat ilmiah. Media sosial dengan karakteristik visual dan interaktif dinilai mampu meningkatkan daya tarik, pemahaman, serta keterlibatan audiens dalam menerima pesan kesehatan (Moorhead, 2019; Stellefson, M., 2020).

Perubahan pola pencarian informasi kesehatan ini juga dipengaruhi oleh meningkatnya literasi digital, terutama pada kelompok remaja dan dewasa muda. Kelompok usia ini lebih terbiasa menggunakan gawai dan media sosial sebagai

sumber informasi dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. Namun demikian, peningkatan akses terhadap informasi tidak selalu diikuti oleh kemampuan yang memadai dalam menilai keakuratan, kredibilitas, dan kualitas sumber informasi kesehatan. Kondisi ini menyebabkan masyarakat, khususnya kelompok usia muda, menjadi rentan terhadap paparan misinformasi dan disinformasi kesehatan yang beredar luas di media sosial (Chou, W. Y. S., 2018).

Dalam konteks tersebut, perubahan pola pencarian informasi kesehatan menuntut peran aktif tenaga kesehatan sebagai sumber informasi yang kredibel di ruang digital. Kehadiran tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, di media sosial menjadi semakin penting untuk menyediakan informasi kesehatan yang benar, berbasis bukti ilmiah, serta disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami oleh masyarakat. Peran ini sejalan dengan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, di mana media sosial tidak hanya berfungsi sebagai sarana pencarian informasi, tetapi juga sebagai media edukasi kesehatan yang mampu membimbing masyarakat dalam membuat keputusan kesehatan yang tepat dan bertanggung jawab (Ventola, 2014; WHO, 2020).

5. Strategi Pemanfaatan Media Sosial untuk Edukasi Kesehatan

Pemanfaatan media sosial sebagai sarana edukasi kesehatan memerlukan strategi yang terencana dan sistematis agar pesan yang disampaikan dapat diterima secara efektif oleh masyarakat.

Tabel 8.4: Strategi Pemanfaatan Media Sosial untuk Edukasi Kesehatan

Aspek Strategi	Uraian
Penentuan tujuan dan sasaran edukasi	Penetapan tujuan komunikasi dan identifikasi sasaran edukasi secara jelas menjadi langkah awal dalam pemanfaatan media sosial. Tujuan dan sasaran yang tepat membantu tenaga kesehatan menyusun pesan yang sesuai dengan kebutuhan, karakteristik, dan tingkat literasi kesehatan masyarakat (Schiavo, 2014; WHO, 2017).
Penyusunan pesan kesehatan	Pesan kesehatan perlu disampaikan dengan bahasa yang sederhana, jelas, dan relevan dengan kehidupan sehari-hari masyarakat. Penggunaan istilah teknis yang berlebihan dapat menurunkan pemahaman dan keterlibatan audiens (WHO, 2020).
Penggunaan visual dan animasi	Pemanfaatan infografis, animasi, dan konten visual lainnya dapat meningkatkan daya tarik, pemahaman, serta retensi pesan kesehatan dibandingkan teks panjang yang bersifat teknis (Moorhead, 2019; Stellefson, M., 2020).

Storytelling dan narasi pengalaman	Penyampaian pesan kesehatan melalui cerita dan pengalaman personal membantu audiens memahami pesan secara emosional dan kontekstual, sehingga lebih mudah diingat dan berpotensi memengaruhi perilaku kesehatan Hinyard & Kreuter (2007).
Konsistensi dan penjadwalan konten	Penyampaian pesan kesehatan secara konsisten dan terjadwal meningkatkan kepercayaan audiens serta menjaga keberlanjutan edukasi kesehatan di media sosial (WHO, 2020).
Pemanfaatan fitur interaktif	Fitur interaktif seperti komentar, polling, dan sesi tanya jawab memungkinkan komunikasi dua arah, mendorong partisipasi aktif masyarakat, serta memberikan ruang klarifikasi langsung dari tenaga kesehatan (Stellefson, M., 2020; Ventola, 2014).
Penguatan hubungan tenaga kesehatan–masyarakat	Interaksi berkelanjutan di media sosial membantu membangun kepercayaan dan kedekatan antara tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, dengan masyarakat sebagai sasaran promosi kesehatan (WHO, 2020) (Ventola, 2014).

6. Tantangan dan Risiko Edukasi Kesehatan melalui Media Sosial

Meskipun memiliki banyak keunggulan, pemanfaatan media sosial dalam edukasi kesehatan juga menghadapi berbagai tantangan.

Tabel 8.5: Tantangan dan Risiko Edukasi Kesehatan melalui Media Sosial serta Peran Perawat Komunitas

Tantangan/Risiko	Implikasi dalam Edukasi Kesehatan	Peran Perawat Komunitas
Misinformasi dan disinformasi kesehatan	Informasi yang tidak akurat dapat membentuk persepsi keliru dan mendorong pengambilan keputusan kesehatan yang tidak tepat di masyarakat (Chou, W. Y. S., 2018; WHO, 2020).	Berperan sebagai <i>trusted health educator</i> dengan menyediakan klarifikasi berbasis bukti ilmiah, melakukan kontra-hoaks kesehatan, dan menyebarkan informasi yang valid melalui media sosial.
Rendahnya literasi kesehatan	Masyarakat mengalami kesulitan memahami istilah medis dan menerapkan informasi kesehatan secara tepat (Nutbeam, 2000).	Menyederhanakan pesan kesehatan, menggunakan bahasa awam, visual, dan contoh kontekstual sesuai budaya dan kebutuhan komunitas.
Keterbatasan literasi digital	Ketidakmampuan masyarakat menilai kredibilitas sumber informasi meningkatkan risiko hoaks kesehatan.	Mengedukasi masyarakat tentang cara mengenali sumber tepercaya, memverifikasi informasi

		kesehatan, dan menggunakan media digital secara bijak.
Pelanggaran privasi dan kerahasiaan	Interaksi daring berpotensi membuka data pribadi dan informasi kesehatan sensitif. Ventola	Menjaga kerahasiaan informasi, menghindari diskusi kasus spesifik, serta memberikan edukasi tentang perlindungan data pribadi di ruang digital.
Penyalahgunaan data dan informasi	Informasi kesehatan dapat digunakan untuk kepentingan non-edukatif atau komersial yang merugikan masyarakat.	Bersikap kritis terhadap kolaborasi digital, menolak promosi yang tidak etis, dan mengedepankan prinsip <i>evidence-based practice</i> .
Tantangan etika dan profesionalisme	Risiko konflik batas profesional, opini pribadi yang bias, dan pelanggaran etika profesi.	Mematuhi kode etik keperawatan, menjaga batas profesional, dan menampilkan citra profesional dalam setiap aktivitas media sosial.
Keberlanjutan edukasi kesehatan	Edukasi yang tidak konsisten menurunkan kepercayaan dan efektivitas promosi kesehatan WHO	Menyusun program edukasi digital berkelanjutan, terjadwal, dan terintegrasi dengan kegiatan keperawatan komunitas.

Tantangan dan risiko edukasi kesehatan melalui media sosial menegaskan bahwa perawat komunitas tidak hanya berperan sebagai penyampai informasi, tetapi juga sebagai penjaga kualitas informasi, pendidik literasi kesehatan dan digital, serta agen etika dalam komunikasi kesehatan digital. Dengan pendekatan yang profesional dan berbasis bukti ilmiah, perawat komunitas dapat memanfaatkan media sosial sebagai sarana promosi kesehatan yang aman, efektif, dan berkelanjutan.

7. Implikasi Penggunaan Media Sosial bagi Edukasi Kesehatan Masyarakat

Pemanfaatan media sosial sebagai sarana edukasi kesehatan memiliki implikasi penting bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Media sosial dapat menjadi alat strategis dalam mendukung program promosi dan pencegahan penyakit, meningkatkan literasi kesehatan, serta memberdayakan masyarakat untuk berperan aktif dalam menjaga kesehatannya. Bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, media sosial membuka peluang untuk memperluas jangkauan edukasi dan memperkuat peran profesional dalam konteks pelayanan kesehatan berbasis komunitas dan digital.

Tabel 8.6: Implikasi Penggunaan Media Sosial bagi Edukasi Kesehatan Masyarakat dan Peran Perawat Komunitas

Aspek Implikasi	Dampak bagi Edukasi Kesehatan Masyarakat	Peran Perawat Komunitas
Dukungan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit	Media sosial berperan sebagai sarana efektif dalam menyebarluaskan pesan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit secara luas, cepat, dan berkelanjutan kepada berbagai kelompok masyarakat.	Menginisiasi dan mengelola kampanye promosi kesehatan digital berbasis kebutuhan komunitas (misalnya pencegahan kanker payudara, gaya hidup sehat).
Peningkatan literasi kesehatan masyarakat	Informasi kesehatan yang mudah diakses dan disajikan secara menarik dapat meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap isu kesehatan dan upaya pencegahannya.	Menyusun konten edukatif yang sederhana, visual, dan kontekstual untuk meningkatkan literasi kesehatan dan literasi digital masyarakat.
Pemberdayaan masyarakat	Media sosial mendorong masyarakat untuk lebih aktif mencari informasi, berdiskusi, dan terlibat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan diri dan keluarga.	Memfasilitasi diskusi edukatif, mendorong partisipasi aktif, dan membimbing masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan yang bertanggung jawab.
Perluasan jangkauan edukasi kesehatan	Media sosial memungkinkan edukasi kesehatan menjangkau komunitas yang sulit diakses secara tatap muka, termasuk remaja dan dewasa muda. Ventola	Menjangkau kelompok rentan dan kelompok usia muda melalui platform digital yang sesuai dengan karakteristik audiens.
Penguatan peran profesional perawat komunitas	Kehadiran perawat komunitas di ruang digital memperkuat citra profesional dan peran perawat sebagai edukator kesehatan berbasis bukti.	Menampilkan praktik profesional, berbagi informasi berbasis evidens, dan menjadi rujukan terpercaya di media sosial.
Integrasi layanan kesehatan berbasis komunitas dan digital	Media sosial menjadi jembatan antara pelayanan kesehatan komunitas konvensional dan pendekatan digital (<i>digital community health</i>).	Mengintegrasikan edukasi digital dengan kegiatan posyandu, sekolah, dan program keperawatan komunitas lainnya.

Pemanfaatan media sosial dalam edukasi kesehatan memberikan implikasi strategis terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui penguatan promosi kesehatan, peningkatan literasi kesehatan, dan pemberdayaan

masyarakat. Bagi perawat komunitas, media sosial tidak hanya berfungsi sebagai sarana komunikasi, tetapi juga sebagai ruang profesional untuk memperluas jangkauan edukasi, memperkuat peran promotif dan preventif, serta mengintegrasikan pelayanan kesehatan berbasis komunitas dengan pendekatan digital yang adaptif terhadap perkembangan zaman.

D. Strategi Edukasi Masyarakat melalui Media Sosial

Pemanfaatan media sosial sebagai sarana edukasi kesehatan telah menjadi strategi penting dalam promosi kesehatan di era digital. Media sosial memungkinkan penyebaran informasi secara luas dan cepat, serta menyediakan peluang komunikasi interaktif antara penyedia informasi kesehatan dan masyarakat. Namun, efektivitas media sosial sebagai medium edukasi bergantung pada strategi komunikasi yang terencana, berorientasi pada audiens, dan berbasis bukti ilmiah (Siregar et al., 2025).

1. Perencanaan Pesan Kesehatan

Perencanaan pesan kesehatan merupakan tahap awal dan fundamental dalam strategi edukasi melalui media sosial. Pesan yang dibuat harus disusun berdasarkan kebutuhan nyata masyarakat, tujuan edukasi yang jelas, serta prioritas isu kesehatan yang ingin diatasi. Tujuan komunikasi harus diformulasikan secara spesifik, misalnya peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, atau peningkatan perilaku sehat tertentu (Simanjuntak et al., 2022)

Pesan yang disusun harus akurat, berbasis bukti ilmiah, relevan secara budaya dan kontekstual, serta dirancang persuasif untuk meningkatkan motivasi masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup sehat. Penggunaan data statistik, referensi ilmiah teraktual, serta pesan praktis dapat memperkuat kredibilitas konten (Siregar et al., 2025).

2. Penyesuaian Konten dengan Karakteristik Sasaran (Remaja, Dewasa, Keluarga)

Strategi edukasi yang efektif harus memperhatikan karakteristik audiens, karena preferensi dan tingkat literasi kesehatan berbeda di setiap segmen populasi. Misalnya, remaja lebih responsif terhadap konten yang bersifat visual, singkat, dan interaktif seperti video pendek di TikTok atau Instagram Reels (Hanissa & Uli, 2025).

Sementara itu, konten untuk kelompok dewasa bisa lebih informatif dan aplikatif, menekankan manfaat langsung dari tindakan kesehatan yang dianjurkan. Untuk keluarga, pesan perlu dirancang agar dapat dipahami dan

dilaksanakan bersama oleh seluruh anggota keluarga, serta relevan dengan konteks kehidupan rumah tangga. Strategi ini membantu pesan lebih mudah diterima dan diinternalisasi secara optimal oleh setiap kelompok sasaran (Siregar et al., 2025).

3. Bentuk Konten Edukatif

Pemilihan bentuk konten yang sesuai merupakan faktor penting dalam strategi edukasi melalui media sosial, karena memengaruhi keterlibatan dan pemahaman audiens:

- a. Video Animasi→Video animasi dapat menyederhanakan informasi kesehatan yang kompleks menjadi visual yang mudah dipahami, meningkatkan daya tarik serta daya ingat audiens terhadap pesan yang disampaikan. Visualisasi melalui animasi membantu menjelaskan konsep abstrak secara konkret, terutama bagi audiens dengan preferensi visual tinggi. (Siregar et al., 2025)
- b. Infografis→ Infografis memberikan presentasi informasi secara ringkas dan visual, efektif untuk menyampaikan data penting, langkah-langkah tindakan atau pesan kunci yang memerlukan pemahaman cepat. Desain yang menarik dan informatif mendukung literasi kesehatan masyarakat serta meningkatkan keterbacaan pesan edukasi. (Siregar et al., 2025)
- c. Konten Naratif atau *Storytelling*→Pendekatan naratif memanfaatkan cerita atau pengalaman nyata untuk menyampaikan pesan kesehatan secara kontekstual. Storytelling dapat membangun keterlibatan emosional dan refleksi diri audiens, sehingga pesan menjadi lebih relevan secara pribadi dan meningkatkan motivasi perubahan perilaku. (Siregar et al., 2025)
- d. *Live Streaming* dan Interaksi→Sesi *live streaming* memungkinkan komunikasi dua arah antara tenaga kesehatan dan audiens secara real time. Metode ini menawarkan kesempatan bagi masyarakat untuk bertanya langsung, berinteraksi, dan mendapatkan klarifikasi yang meningkatkan pemahaman serta kepercayaan terhadap pesan kesehatan. (Siregar et al., 2025)

4. Bahasa dan Visual yang Efektif

Bahasa komunikasi harus sederhana, jelas, dan sesuai dengan tingkat literasi sasaran. Penggunaan istilah medis yang kompleks harus dijelaskan secara sederhana agar tidak menghambat pemahaman audiens. Penggunaan visual yang menarik, konsisten secara estetika, dan relevan memperkuat pesan edukasi dan membantu audiens memahami serta mengingat isi pesan dengan lebih efektif. (Siregar et al., 2025)

5. Frekuensi dan Konsistensi Penyampaian Pesan

Frekuensi serta konsistensi dalam penyampaian pesan merupakan aspek penting untuk memperkuat dampak edukasi. Pesan yang muncul secara berulang dan terjadwal membantu audiens mengembangkan kebiasaan akses informasi dari sumber terpercaya. Konsistensi gaya komunikasi dan tema konten juga berkontribusi dalam membangun kredibilitas akun atau penyedia edukasi, sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pesan yang disampaikan. (Siregar et al., 2025)

Tantangan Misinformasi di Media Sosial

Walaupun media sosial efektif sebagai alat edukasi kesehatan, terdapat tantangan besar yaitu misinformasi kesehatan, yang dapat mengurangi validitas pesan dan bahkan membahayakan kesehatan masyarakat jika tidak ditangani dengan baik. Studi menunjukkan bahwa sejumlah besar konten kesehatan di platform seperti TikTok dapat mengandung misinformation, sehingga strategi edukasi harus mencakup upaya aktif meluruskan informasi serta meningkatkan literasi kesehatan dan literasi digital audiens (Eka et al., 2025)

Tabel 8.7: Strategi Edukasi Kesehatan melalui Media Sosial dan Contoh Praktis

Strategi Edukasi	Tujuan	Sasaran	Bentuk Konten	Contoh Praktis Unggahan Media Sosial
Perencanaan pesan kesehatan	Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan	Remaja, dewasa, keluarga	Poster digital, caption edukatif	Unggahan Instagram dengan judul <i>"Kenali 5 Langkah Hidup Sehat untuk Cegah Penyakit Tidak Menular"</i> disertai caption persuasif dan sumber ilmiah
Penyesuaian konten dengan karakteristik sasaran	Meningkatkan keterlibatan dan pemahaman audiens	Remaja	Video pendek, animasi	Video TikTok 60 detik tentang <i>"Mitos vs Fakta Kesehatan Reproduksi Remaja"</i> dengan bahasa ringan dan visual menarik
Penyesuaian konten dengan	Mendorong penerapan perilaku sehat	Dewasa	Infografis, video edukatif	Infografis Instagram tentang <i>"Cara</i>

karakteristik sasaran	dalam kehidupan sehari-hari			<i>Mengelola Stres Kerja agar Tetap Sehat</i>
Edukasi berbasis keluarga	Meningkatkan peran keluarga dalam menjaga kesehatan	Keluarga	Infografis, narasi keluarga	Unggahan Facebook berupa ilustrasi keluarga dengan pesan <i>"Peran Keluarga dalam Mencegah Penyakit Kronis"</i>
Video animasi	Mempermudah pemahaman konsep kesehatan yang kompleks	Semua kelompok	Video animasi edukatif	Video animasi YouTube/Instagram Reels tentang <i>"Langkah Pemeriksaan Kesehatan Mandiri di Rumah"</i>
Infografis	Menyajikan informasi secara ringkas dan cepat dipahami	Semua kelompok	Infografis	Infografis <i>"Tanda Awal Gangguan Kesehatan yang Perlu Diwaspadai"</i>
Konten narasi (<i>storytelling</i>)	Membangun empati dan motivasi perubahan perilaku	Dewasa, keluarga	Cerita singkat, testimoni	Unggahan cerita pengalaman pasien atau keluarga dalam menerapkan perilaku hidup sehat
<i>Live streaming</i> dan interaksi	Meningkatkan pemahaman dan kepercayaan masyarakat	Remaja, dewasa	Live Instagram / Facebook	Sesi <i>live</i> bersama perawat komunitas dengan tema <i>"Tanya Jawab Kesehatan Bersama Perawat"</i>
Bahasa dan visual yang efektif	Memastikan pesan mudah dipahami dan diingat	Semua kelompok	Semua jenis konten	Unggahan dengan bahasa sederhana, ilustrasi konsisten, dan warna ramah mata
Frekuensi dan konsistensi pesan	Memperkuat ingatan dan internalisasi pesan kesehatan	Semua kelompok	Kalender konten	Unggahan rutin 2–3 kali per minggu dengan tema kesehatan yang konsisten

E. Teori dan Model yang Mendukung Komunikasi Kesehatan Digital

Pemanfaatan media sosial dalam komunikasi kesehatan tidak hanya mensyaratkan penyampaian informasi yang akurat, tetapi juga perlu didukung oleh landasan teori dan model perilaku kesehatan. Teori-teori ini membantu perancang konten memahami faktor-faktor yang memengaruhi proses perubahan perilaku, sehingga pesan yang disampaikan melalui media sosial tidak hanya informatif tetapi juga mampu membentuk sikap, niat, dan perilaku sehat secara efektif. Berbagai model perilaku kesehatan telah banyak digunakan dalam penelitian dan praktik kesehatan untuk merancang, menilai, dan mengoptimalkan intervensi yang berbasis bukti. (Oktavilantika et al., 2023)

1. Health Promotion Model (Nola J. Pender)

Health Promotion Model (HPM) dikembangkan oleh Nola J. Pender untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku promotif kesehatan seseorang berdasarkan karakteristik individu, pengalaman sebelumnya, serta kognisi dan afeksi terhadap perilaku kesehatan. Model ini menekankan pentingnya motivasi, persepsi manfaat, pengurangan hambatan, serta efikasi diri sebagai determinan penting dalam pembentukan perilaku sehat. HPM dipandang sebagai kerangka konseptual yang holistik dan berakar pada teori nilai harapan (*expectancy-value theory*) dan pembelajaran sosial (*social cognitive theory*). (Purwatyningsih, 2024)

Dalam konteks komunikasi kesehatan digital, HPM sangat relevan untuk menyusun pesan dan konten edukatif di media sosial. Konten dapat dirancang untuk:

- a. Menonjolkan manfaat positif dari perilaku sehat;
- b. Mengurangi hambatan psikologis atau praktis melalui pesan yang mudah dipahami; dan
- c. Meningkatkan keyakinan diri (self-efficacy) masyarakat untuk melakukan tindakan kesehatan.

Media sosial juga memungkinkan penguatan komitmen individu melalui pesan berulang, dukungan sosial digital, dan penguatan positif secara kontinu — sejalan dengan konsep komitmen terhadap rencana tindakan dalam HPM. (Saba et al., 2024)

2. Health Belief Model (HBM)

Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu teori perilaku kesehatan yang paling banyak digunakan untuk menjelaskan dan memprediksi tindakan

kesehatan preventif. HBM menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi seseorang terhadap:

- a. kerentanan (*perceived susceptibility*),
- b. tingkat keparahan (*perceived severity*),
- c. manfaat dari tindakan kesehatan (*perceived benefits*),
- d. hambatan terhadap tindakan (*perceived barriers*),
- e. isyarat untuk bertindak (*cues to action*), serta
- f. efikasi diri (*self-efficacy*). (Wikipedia, 2025)

Dalam komunikasi kesehatan digital, media sosial dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kesadaran risiko (threat perception) dan pemahaman akan manfaat tindakan preventif melalui konten berbasis fakta, ilustrasi visual, dan cerita nyata. Fitur media sosial seperti notifikasi, pengingat berkala, dan unggahan berkala dapat berfungsi sebagai isyarat untuk bertindak, mendorong individu untuk mengambil langkah konkret terhadap kesehatan mereka. (Wikipedia, 2025)

3. Theory of Planned Behavior (TPB)

Theory of Planned Behavior (TPB) menjelaskan bahwa perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh niat berperilaku (behavioral intention), yang pada gilirannya dipengaruhi oleh tiga faktor utama:

- a. sikap terhadap perilaku,
- b. norma subjektif, dan
- c. persepsi kontrol perilaku (*perceived behavioral control*).

Model ini menekankan peran faktor sosial dan psikologis dalam keputusan kesehatan individu. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa penerapan TPB dalam intervensi berbasis digital dapat memperkuat keyakinan, motivasi, dan tanggung jawab sosial dalam konteks perilaku kesehatan, terutama ketika dikombinasikan dengan penguatan digital yang konsisten. (Kusuma et al., 2025)

Dalam komunikasi kesehatan digital, media sosial sebagai ruang sosial dan jaringan kolektif dapat memperkuat norma sosial dan persepsi kontrol perilaku melalui:

- a. Konten yang menunjukkan dukungan sosial,
- b. Testimoni dari kelompok sebaya, dan
- c. Ajakan serta contoh perilaku sehat yang telah dilakukan oleh komunitas atau influencer.

Hal ini berkontribusi pada peningkatan niat berperilaku sehat di kalangan audiens. (Kusuma et al., 2025)

4. Social Cognitive Theory (SCT)

Social Cognitive Theory (SCT) oleh Albert Bandura menekankan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh interaksi dinamis antara individu, lingkungan, dan perilaku itu sendiri. Konsep-konsep utama SCT meliputi:

- a. pembelajaran melalui observasi (*observational learning*),
- b. efikasi diri (*self-efficacy*), dan
- c. penguatan (*reinforcement*). (Oktavilantika et al., 2023)

Media sosial sangat relevan dengan SCT karena memungkinkan audiens belajar melalui pengamatan terhadap konten yang diproduksi oleh orang lain, termasuk video, cerita, dan praktik nyata. Ketika perilaku sehat ditampilkan secara konsisten dan positif di media sosial, audiens dapat meniru (*modeling*), menginternalisasi, dan mempraktikkannya. Selain itu, interaksi sosial dan umpan balik positif di media sosial dapat berfungsi sebagai penguatan (*reinforcement*) yang memperkuat motivasi dan keberlanjutan perilaku sehat. (Oktavilantika et al., 2023)

5. Kaitan Teori dengan Penggunaan Media Sosial

Keempat teori dan model perilaku kesehatan ini saling melengkapi dalam mendukung komunikasi kesehatan digital melalui media sosial. Secara ringkas:

- a. HPM menekankan motivasi internal, persepsi manfaat, dan komitmen terhadap perilaku sehat.
- b. HBM meningkatkan pemahaman risiko dan manfaat serta mendorong tindakan melalui isyarat untuk bertindak.
- c. TPB memperkuat niat perilaku melalui sikap, norma sosial, dan kontrol perilaku yang dirasakan.
- d. SCT mendukung pembelajaran perilaku melalui observasi, interaksi sosial, dan reinforcement.

Media sosial menyediakan ruang ideal untuk mengintegrasikan semua konsep ini secara simultan. Melalui konten yang terencana, interaktif, personal, dan teori-berbasis, komunikasi kesehatan digital dapat:

- a. meningkatkan pengetahuan dan kesadaran,
- b. membentuk sikap positif,
- c. serta mendorong perubahan perilaku dalam jangka panjang.

Oleh karena itu, pemahaman dan penerapan teori perilaku kesehatan menjadi fondasi penting bagi tenaga kesehatan — khususnya perawat komunitas — dalam merancang edukasi kesehatan yang efektif di era digital. (Oktavilantika et al., 2023)

F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Edukasi Digital

Transformasi digital dalam sistem kesehatan telah mengubah cara informasi kesehatan diproduksi, disebarkan, dan dimaknai oleh masyarakat. Media sosial tidak lagi hanya menjadi sarana hiburan, tetapi telah berkembang menjadi ruang penting dalam komunikasi kesehatan, pembentukan opini publik, dan pengambilan keputusan terkait kesehatan. Perubahan lanskap komunikasi ini membawa peluang sekaligus tanggung jawab baru bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat komunitas, untuk berperan aktif sebagai komunikator, edukator, fasilitator, advokat, dan agen pemberdayaan masyarakat di ruang digital (World Health Organization (Nutbeam, D., & Lloyd, 2021).

Dalam konteks edukasi kesehatan melalui media sosial, tenaga kesehatan memiliki posisi strategis karena dipandang sebagai sumber informasi yang kredibel, berbasis bukti ilmiah, dan beretika profesional. Peran ini menjadi semakin penting di tengah meningkatnya arus informasi yang tidak terverifikasi (*misinformation* dan *disinformation*) yang berpotensi menyesatkan masyarakat dan berdampak negatif terhadap perilaku kesehatan (Vraga & Bode, 2020). Oleh karena itu, keterlibatan aktif tenaga kesehatan dalam edukasi digital merupakan bagian integral dari upaya peningkatan literasi kesehatan dan promosi perilaku sehat yang berkelanjutan.

1. Peran Perawat Komunitas sebagai Komunikator Kesehatan

Perawat komunitas menempati posisi strategis dalam sistem pelayanan kesehatan primer karena kedekatannya dengan individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Dalam era digital, peran tradisional ini berkembang menjadi peran komunikator kesehatan digital, yang tidak hanya menyampaikan informasi tetapi juga membangun dialog, kepercayaan, dan hubungan terapeutik di ruang virtual. Sebagai komunikator kesehatan digital, perawat komunitas bertanggung jawab untuk:

- a. Menyampaikan informasi kesehatan yang akurat, terkini, dan berbasis bukti ilmiah;
- b. Menyusun pesan edukatif yang mudah dipahami, relevan secara budaya, dan sesuai dengan tingkat literasi masyarakat;
- c. Menjaga interaksi yang empatik, etis, dan profesional, sesuai dengan kode etik keperawatan; serta
- d. Merespons pertanyaan, klarifikasi, dan kekhawatiran masyarakat secara tepat waktu dan bertanggung jawab.

Media sosial memungkinkan terjadinya komunikasi dua arah (*two-way communication*), sehingga masyarakat tidak lagi menjadi penerima pasif informasi, tetapi partisipan aktif dalam dialog kesehatan. Dalam konteks ini,

perawat komunitas berperan sebagai *trusted messenger* yang membantu masyarakat menafsirkan informasi kesehatan secara benar dan kontekstual (Moorhead, 2019; Ventola, 2014)

2. Peran sebagai Edukator, Fasilitator, dan Advokat Kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam edukasi digital melampaui fungsi penyampaian informasi semata. Mereka juga berperan sebagai edukator, fasilitator, dan advokat kesehatan, yang saling melengkapi dalam upaya promosi kesehatan berbasis digital.

a. Sebagai Edukator

Sebagai edukator, tenaga kesehatan menyusun dan membagikan konten edukatif yang tidak hanya informatif, tetapi juga inspiratif dan aplikatif. Edukasi kesehatan digital mencakup informasi preventif, promosi gaya hidup sehat, serta manajemen kondisi kesehatan di tingkat individu dan komunitas. Pendekatan edukasi yang efektif menekankan relevansi dengan kehidupan sehari-hari serta mendorong kemampuan masyarakat untuk mengambil keputusan kesehatan yang tepat (*informed decision-making*) (Nutbeam, D., & Lloyd, 2021).

b. Sebagai Fasilitator

Sebagai fasilitator, tenaga kesehatan menciptakan ruang belajar interaktif melalui media sosial, seperti sesi tanya jawab langsung, diskusi daring, dan webinar kesehatan. Peran ini menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif dalam proses belajar, bukan sekadar objek edukasi. Fasilitasi yang baik memperkuat keterlibatan (*engagement*), rasa memiliki, dan tanggung jawab masyarakat terhadap kesehatannya sendiri (WHO, 2020).

b. Sebagai Advokat

Sebagai advokat, tenaga kesehatan menggunakan media sosial untuk menyuarakan isu-isu kesehatan publik, termasuk akses layanan kesehatan, pencegahan penyakit, dan determinan sosial kesehatan. Advokasi digital memungkinkan tenaga kesehatan berkontribusi dalam mendorong perubahan kebijakan dan lingkungan yang lebih mendukung kesehatan komunitas, sejalan dengan prinsip keadilan sosial dan promosi kesehatan (Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., 2021).

3. Pemberdayaan Masyarakat melalui Media Sosial

Pemberdayaan masyarakat merupakan tujuan utama promosi kesehatan, di mana individu dan kelompok didorong untuk memiliki kontrol terhadap faktor-

faktor yang memengaruhi kesehatannya. Dalam konteks edukasi digital, media sosial berfungsi sebagai alat strategis untuk memberdayakan masyarakat melalui peningkatan literasi kesehatan dan literasi digital.

Pemberdayaan masyarakat melalui media sosial diwujudkan melalui:

- a. peningkatan kemampuan masyarakat dalam menilai kualitas dan kredibilitas informasi kesehatan;
- b. keterlibatan aktif masyarakat dalam menciptakan dan menyebarkan konten kesehatan positif, seperti testimoni, kampanye komunitas, dan *health challenges*, serta
- c. pembentukan komunitas daring (*online communities*) yang berfungsi sebagai ruang dukungan sosial dan pertukaran pengalaman.

Pendekatan ini membantu masyarakat bertransformasi dari sekadar *health-aware* menjadi *health-literate*, yaitu mampu memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi kesehatan untuk tindakan nyata (Nutbeam, 2018).

4. Kolaborasi dengan Kader dan Komunitas

Kolaborasi antara tenaga kesehatan, kader, dan komunitas merupakan kekuatan utama dalam edukasi kesehatan digital yang berkelanjutan. Kader kesehatan memiliki kedekatan sosial dan kultural dengan masyarakat, sehingga berperan penting sebagai jembatan antara informasi digital dan praktik kesehatan di lapangan.

Bentuk kolaborasi meliputi:

- a. pelatihan kader sebagai agen informasi kesehatan digital;
- b. sinergi konten antara tenaga kesehatan dan kader agar pesan lebih kontekstual;
- c. kolaborasi lintas komunitas dan institusi dalam kampanye kesehatan digital; serta
- d. pemanfaatan jaringan komunitas untuk menjangkau kelompok rentan dengan keterbatasan akses.

Kolaborasi ini tidak hanya memperluas jangkauan edukasi kesehatan, tetapi juga memperkuat rasa kepemilikan masyarakat terhadap program kesehatan digital yang dirancang secara partisipatif (WHO, 2019).

Tabel 8.8: Ringkasan Implikasi Peran Tenaga Kesehatan dalam Edukasi Digital

Peran Utama	Bentuk Aktivitas di Media Sosial	Dampak bagi Masyarakat
Komunikator	Post informasi kesehatan, respon komentar	Informasi akurat dan cepat

Edukator	Live edukasi, tutorial, infografis	Pengetahuan & keterampilan meningkat
Fasilitator	Diskusi interaktif, Q&A, webinar	Keterlibatan masyarakat aktif
Advokat	Kampanye isu kesehatan publik	Kesadaran dan perubahan kebijakan
Pemberdaya	Grup support, konten inspiratif	Masyarakat bertindak mandiri
Kolaborator	Sinergi dengan kader & komunitas	Jangkauan edukasi lebih luas

G. Tantangan dan Etika Komunikasi Kesehatan di Media Sosial

Pemanfaatan media sosial sebagai sarana komunikasi dan edukasi kesehatan memberikan peluang besar dalam meningkatkan literasi dan kesadaran kesehatan masyarakat karena media sosial mampu menyampaikan informasi kesehatan secara cepat, interaktif, dan menjangkau audiens yang luas tanpa batasan geografis serta waktu. Hal ini memungkinkan masyarakat memperoleh informasi yang relevan untuk pengambilan keputusan kesehatan mereka sendiri. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan media sosial dalam edukasi kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, sekaligus mempermudah akses dan interaksi dua arah antara komunikator kesehatan dan publik (Luria et al., 2025).

Namun, di sisi lain, penggunaan media sosial juga menghadirkan berbagai tantangan dan persoalan etika yang perlu mendapat perhatian serius dari tenaga kesehatan. Tantangan tersebut berkaitan dengan kualitas informasi karena media sosial rentan terhadap penyebaran informasi yang tidak akurat atau misinformasi, yang dapat memengaruhi persepsi masyarakat tentang isu kesehatan. Selain itu, kemampuan masyarakat dalam memahami pesan kesehatan secara kritis (*health literacy* dan *digital literacy*) belum merata, sehingga ada risiko salah interpretasi informasi yang diterima (Madani et al., 2025).

Dalam konteks ini, tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab profesional untuk tidak hanya menyampaikan informasi yang akurat dan berbasis bukti, tetapi juga mempertimbangkan aspek etika seperti privasi, sensitivitas sosial, dan kredibilitas konten. Mereka harus menjaga kode etik profesi dan memastikan bahwa konten yang dibagikan tidak melanggar privasi individu, tidak menimbulkan stigma, serta relevan dan dapat dipahami oleh berbagai kelompok masyarakat (Ikmar, 2024).

1. Hoaks dan misinformasi kesehatan

“Salah satu tantangan utama dalam komunikasi kesehatan di media sosial adalah maraknya hoaks dan misinformasi kesehatan, yang dapat menyebar cepat dan memengaruhi persepsi serta perilaku masyarakat karena tidak berdasarkan bukti ilmiah atau dikemas secara menyesatkan (*misinformation* dan

disinformation) (WHO, 2024; Wang et al., 2021). Misinformasi semacam ini telah dikaitkan dengan interpretasi yang salah terhadap informasi kesehatan dan perubahan perilaku yang merugikan, seperti penundaan mencari layanan kesehatan atau penggunaan metode yang tidak aman (Islam et al., 2020). Oleh karena itu, tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam meluruskan informasi tersebut dengan menyediakan sumber yang kredibel dan mendorong sikap kritis audiens (Sharevski et al., 2024).

2. Literasi kesehatan masyarakat

Literasi kesehatan masyarakat merupakan faktor kunci yang memengaruhi efektivitas komunikasi kesehatan di media sosial karena kemampuan individu untuk mengakses, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi sangat beragam. Literasi semacam ini tidak hanya sekadar pemahaman literal, tetapi juga keterampilan untuk menerjemahkan informasi ke dalam tindakan kesehatan yang tepat (WHO, 2025). Kajian literatur menunjukkan bahwa literasi kesehatan mencakup pengetahuan dasar, kemampuan memproses informasi yang kompleks, serta keterampilan penilaian kritis yang diperlukan di era digital, di mana informasi melimpah namun tidak selalu akurat (Berkman et al., 2011). Rendahnya literasi kesehatan berkorelasi dengan kesalahpahaman pesan kesehatan dan pengambilan keputusan kesehatan yang tidak sesuai, terutama ketika masyarakat mencari informasi melalui internet atau media sosial (Ditiahharman et al., 2022).

3. Etika profesional tenaga kesehatan

Etika profesional merupakan landasan utama dalam komunikasi kesehatan, termasuk di ruang digital. Tenaga kesehatan dituntut untuk menjaga integritas, kejujuran, dan tanggung jawab dalam setiap informasi yang disampaikan melalui media sosial, yang mencakup kewajiban untuk tidak mengkompromikan kerahasiaan pasien dan menjaga perilaku profesional di ruang publik digital (Chretien, K. C., 2021). Etika ini menuntut tenaga kesehatan untuk menyajikan informasi yang berbasis bukti ilmiah serta menghindari konten yang bersifat merugikan atau menyesatkan publik. Selain itu, dalam konteks keperawatan, pemanfaatan media sosial harus mempertimbangkan batasan profesional saat berinteraksi dengan masyarakat atau pasien serta komitmen terhadap standar etika profesi yang ada.

Kode Etik Keperawatan Indonesia menegaskan bahwa perawat harus menghormati harkat dan martabat manusia, menjaga kerahasiaan informasi pasien, dan berkontribusi terhadap kesejahteraan masyarakat secara etis

(Persatuan Perawat Nasional Indonesia [PPNI], 2015/2016). Demikian pula, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) mengharuskan dokter mengutamakan kepentingan pasien dan mempertahankan integritas profesional di semua aspek praktik medis, termasuk dalam penyampaian informasi kesehatan (Ikatan Dokter Indonesia).

4. Privasi dan keamanan data

Isu privasi dan keamanan data menjadi tantangan serius dalam komunikasi kesehatan digital karena data kesehatan bersifat sangat sensitif dan berpotensi disalahgunakan jika tidak dilindungi dengan baik. Data kesehatan yang bocor atau diakses tanpa izin dapat berdampak psikologis, sosial, hingga hukum bagi individu yang bersangkutan (Hanifah, H. N., & Irawati, 2025). Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus memastikan bahwa informasi yang disebarkan tidak melanggar prinsip kerahasiaan dan perlindungan data, serta harus menerapkan anonymisasi data atau mendapatkan persetujuan jelas ketika menggunakan ilustrasi kasus dalam komunikasi digital (Hasnah, F., & Asyari, 2025). Perlindungan terhadap data pribadi ini juga merupakan bagian penting dari menjaga kepercayaan masyarakat pada layanan dan informasi kesehatan digital (Sintyasari, D., & Risdawati, 2025).

5. Budaya dan sensitivitas sosial

Indonesia sebagai masyarakat multikultural memiliki keragaman nilai, norma, bahasa, dan kepercayaan yang memengaruhi persepsi dan perilaku kesehatan masyarakat. Keragaman budaya ini berarti bahwa pesan kesehatan yang efektif harus sensitif terhadap konteks budaya lokal agar tidak menimbulkan resistensi, kesalahpahaman, atau bahkan penolakan dari masyarakat. Perbedaan budaya dapat memengaruhi cara seseorang memahami pesan kesehatan, interpretasi simbol dan informasi, serta respons terhadap rekomendasi kesehatan tertentu. Komunikasi kesehatan yang tidak mempertimbangkan aspek budaya berpotensi gagal mencapai tujuan edukatifnya, karena masyarakat mungkin melihat pesan tersebut sebagai tidak relevan atau bahkan bertentangan dengan nilai dan keyakinan yang dianut.

Penelitian dalam literatur komunikasi kesehatan menegaskan pentingnya cultural sensitivity dan cultural tailoring (penyesuaian budaya) dalam penyusunan pesan kesehatan yang efektif. Pendekatan budaya-sensitif membantu pesan kesehatan menjadi lebih resonan, dapat diterima, dan dipahami secara lebih mendalam oleh masyarakat, sehingga meningkatkan kemungkinan adopsi perilaku sehat. (Griffith et al., 2024).

Dalam konteks Indonesia yang kaya budaya, tenaga kesehatan perlu memahami konteks sosial dan budaya audiens, termasuk bahasa yang digunakan, nilai keluarga, praktik kesehatan tradisional, dan kepercayaan lokal. Menghormati perbedaan budaya serta melibatkan nilai-nilai lokal dalam kampanye edukasi lewat media sosial dapat meningkatkan *engagement* dan efektivitas pesan, serta memperkuat hubungan antara tenaga kesehatan dan masyarakat sebagai mitra dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Kandou, F. M. W., Adam, A., & Alim, 2025).

H. Studi Kasus / Praktik Baik (Best Practice)

Pemanfaatan media sosial dalam komunikasi kesehatan telah banyak diterapkan dalam berbagai program edukasi masyarakat dan pengabdian kepada masyarakat (PKM). Praktik-praktik baik ini menunjukkan bahwa media sosial tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyebaran informasi, tetapi juga sebagai media intervensi promotif dan preventif yang berdampak pada peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku kesehatan masyarakat.

1. Contoh edukasi kesehatan melalui Instagram/TikTok/WhatsApp

Salah satu praktik baik dalam edukasi kesehatan digital adalah penggunaan platform Instagram dan TikTok untuk menyampaikan pesan kesehatan dalam bentuk konten visual dan video singkat. Konten yang disajikan meliputi video animasi, infografis, dan edukasi singkat dengan bahasa yang sederhana dan menarik. Strategi ini terbukti efektif dalam menjangkau kelompok remaja dan dewasa muda yang merupakan pengguna aktif media sosial.

Sementara itu, WhatsApp banyak dimanfaatkan sebagai media edukasi kesehatan berbasis kelompok, seperti grup keluarga, kader kesehatan, atau komunitas sekolah. Edukasi dilakukan melalui pesan teks, gambar, video pendek, serta diskusi interaktif. Pendekatan ini memungkinkan komunikasi yang lebih personal dan kontekstual, sehingga pesan kesehatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi masyarakat setempat.

2. Program PKM, promosi SADARI, kesehatan remaja, anti-vape, dll

Berbagai program PKM telah memanfaatkan media sosial sebagai sarana utama edukasi kesehatan. Salah satu contohnya adalah program promosi SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) yang disampaikan melalui video animasi dan infografis di media sosial. Konten edukasi dirancang untuk meningkatkan kesadaran diri, pengetahuan, serta keterampilan masyarakat, khususnya remaja dan mahasiswa, dalam melakukan deteksi dini kesehatan payudara.

Selain itu, edukasi kesehatan remaja terkait kesehatan reproduksi, kesehatan mental, dan gaya hidup sehat juga banyak dilakukan melalui media sosial. Konten disesuaikan dengan karakteristik remaja, menggunakan bahasa yang komunikatif dan visual yang menarik. Program edukasi anti-vape dan rokok elektrik juga menjadi contoh praktik baik, di mana media sosial digunakan untuk menyampaikan informasi risiko kesehatan, membentuk sikap negatif terhadap perilaku merokok, serta mendorong komitmen remaja untuk menjauhi rokok elektrik.

Dalam konteks ini, perawat komunitas berperan aktif sebagai perancang konten, fasilitator diskusi, dan evaluator dampak edukasi digital. Integrasi media sosial dalam PKM memperluas jangkauan edukasi dan meningkatkan partisipasi masyarakat.

3. Dampak terhadap pengetahuan dan perilaku masyarakat

Berbagai studi dan praktik lapangan menunjukkan bahwa edukasi kesehatan melalui media sosial memberikan dampak positif terhadap peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku masyarakat. Paparan konten edukatif secara berulang dan konsisten mampu meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap isu kesehatan, meningkatkan kesadaran diri, serta mendorong sikap positif terhadap perilaku hidup sehat.

Dampak perilaku yang dilaporkan antara lain meningkatnya praktik deteksi dini kesehatan, meningkatnya kepatuhan terhadap perilaku preventif, serta berkurangnya perilaku berisiko pada kelompok sasaran. Selain itu, media sosial juga berkontribusi dalam membangun norma sosial positif dan dukungan sosial yang memperkuat keberlanjutan perilaku sehat.

Praktik baik ini menunjukkan bahwa komunikasi kesehatan digital yang dirancang secara sistematis, berbasis teori, dan dikelola oleh tenaga kesehatan yang kompeten dapat menjadi intervensi promosi kesehatan yang efektif dan berkelanjutan. Media sosial, dengan segala potensinya, dapat dimanfaatkan sebagai bagian integral dari strategi komunikasi kesehatan dan edukasi masyarakat di era digital.

I. Implikasi bagi Keperawatan Komunitas dan Keluarga

Pemanfaatan komunikasi kesehatan melalui media sosial memberikan implikasi yang signifikan bagi praktik keperawatan komunitas dan keluarga. Perkembangan teknologi digital tidak hanya mengubah cara penyampaian edukasi kesehatan, tetapi juga memperluas peran perawat sebagai agen promosi kesehatan yang adaptif, inovatif, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Integrasi

media sosial dalam praktik keperawatan komunitas menjadi strategi penting untuk mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Moorhead, 2019; Ventola, 2014).

1. Penguatan promosi kesehatan berbasis digital

Komunikasi kesehatan digital memperkuat upaya promosi kesehatan dengan menjangkau masyarakat secara lebih luas, cepat, dan berkelanjutan. Bagi keperawatan komunitas dan keluarga, media sosial menjadi sarana strategis untuk menyampaikan pesan promotif dan preventif yang relevan dengan kebutuhan masyarakat. Konten edukasi yang disajikan secara konsisten dan menarik dapat meningkatkan literasi kesehatan, kesadaran diri, serta motivasi masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup sehat.

Penguatan promosi kesehatan berbasis digital juga memungkinkan perawat komunitas untuk melakukan edukasi yang berfokus pada pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan keluarga. Dengan memanfaatkan media sosial, promosi kesehatan tidak lagi terbatas pada pertemuan tatap muka, tetapi dapat dilakukan secara berkesinambungan dan adaptif sesuai dengan dinamika kehidupan masyarakat.

Komunikasi kesehatan digital memperkuat upaya promosi kesehatan dengan menjangkau masyarakat secara lebih luas, cepat, dan berkesinambungan. Bagi keperawatan komunitas dan keluarga, media sosial menjadi sarana strategis untuk menyampaikan pesan promotif dan preventif yang relevan dengan kebutuhan masyarakat. Penyajian konten edukasi yang konsisten, menarik, dan berbasis bukti dapat meningkatkan literasi kesehatan, kesadaran diri, serta motivasi masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup sehat (Ventola, 2014).

Penguatan promosi kesehatan berbasis digital juga memungkinkan perawat komunitas melakukan edukasi yang berfokus pada pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan keluarga. Dengan memanfaatkan media sosial, promosi kesehatan tidak lagi terbatas pada pertemuan tatap muka, tetapi dapat dilakukan secara berkesinambungan dan adaptif sesuai dinamika kehidupan Masyarakat.

2. Integrasi media sosial dalam asuhan keperawatan komunitas

Integrasi media sosial dalam asuhan keperawatan komunitas merupakan bentuk adaptasi praktik keperawatan terhadap perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat. Media sosial dapat digunakan sebagai sarana pendukung dalam seluruh tahap proses keperawatan komunitas, termasuk pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Melalui interaksi digital, perawat komunitas dapat:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan edukasi kesehatan;
- b. Memberikan intervensi promotif dan preventif secara tepat sasaran;
- c. Memantau respons dan mendapatkan umpan balik dari masyarakat secara real-time (Househ et al., 2014; Ventola, 2014).

Dalam konteks keperawatan keluarga, media sosial juga memperkuat peran keluarga sebagai unit utama dalam menjaga kesehatan anggotanya. Edukasi kesehatan berbasis keluarga melalui media sosial dapat meningkatkan keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan, memperkuat dukungan sosial, dan mendorong penerapan perilaku sehat di rumah (Kelly, R., Wolf, M., & King, 2019).

3. Kontribusi terhadap pencapaian derajat kesehatan Masyarakat

Pemanfaatan komunikasi kesehatan digital oleh perawat komunitas berkontribusi secara langsung terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Edukasi yang efektif melalui media sosial dapat meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap positif, dan mendorong perubahan perilaku yang mendukung kesehatan individu, keluarga, dan komunitas. Hal ini sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan, yaitu tercapainya masyarakat yang mandiri dan berperilaku hidup sehat (Ventola, 2014; Moorhead et al., 2013).

Selain itu, komunikasi kesehatan digital mendukung pendekatan promotif dan preventif, pilar utama pelayanan kesehatan primer. Dengan memperluas akses edukasi kesehatan, media sosial berperan dalam mengurangi kesenjangan informasi, meningkatkan partisipasi masyarakat, dan memperkuat upaya pengendalian masalah kesehatan. Dengan demikian, integrasi media sosial dalam keperawatan komunitas dan keluarga merupakan langkah strategis untuk mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang berkelanjutan (Househ et al., 2014; Kelly et al., 2019).

J. Simpulan

Buku *Komunikasi Kesehatan dan Edukasi Masyarakat melalui Media Sosial* menegaskan bahwa komunikasi kesehatan merupakan proses sistematis yang bertujuan meningkatkan pemahaman, sikap, dan perilaku kesehatan masyarakat. Pemahaman terhadap konsep dasar komunikasi kesehatan menjadi landasan utama dalam merancang pesan edukatif yang efektif, berorientasi pada kebutuhan sasaran, serta memperhatikan konteks sosial dan budaya masyarakat.

Media sosial terbukti memiliki potensi besar sebagai sarana edukasi kesehatan karena karakteristiknya yang mudah diakses, interaktif, dan mampu menjangkau berbagai kelompok masyarakat. Namun, efektivitas media sosial sebagai media

edukasi sangat bergantung pada strategi penyampaian pesan yang tepat, termasuk pemilihan platform, bentuk konten, bahasa komunikasi, serta kesinambungan interaksi dengan audiens. Strategi edukasi masyarakat melalui media sosial perlu dirancang secara terencana, kreatif, dan berbasis pada prinsip komunikasi persuasif yang bertanggung jawab.

Penguatan komunikasi kesehatan digital juga memerlukan landasan teori dan model yang relevan, seperti teori komunikasi kesehatan, teori perubahan perilaku, serta model promosi kesehatan. Teori dan model tersebut berperan penting dalam membantu tenaga kesehatan memahami faktor-faktor yang memengaruhi penerimaan pesan serta perubahan perilaku kesehatan di masyarakat, sehingga intervensi edukasi digital yang dilakukan menjadi lebih terarah dan berbasis bukti ilmiah.

Dalam konteks implementasi, peran tenaga kesehatan, khususnya perawat, menjadi sangat strategis dalam edukasi kesehatan digital. Perawat tidak hanya berperan sebagai penyampai informasi, tetapi juga sebagai edukator, fasilitator, dan agen perubahan yang menjembatani kebutuhan kesehatan masyarakat dengan informasi yang akurat dan dapat dipercaya. Profesionalisme, kompetensi komunikasi, serta literasi digital menjadi prasyarat penting dalam menjalankan peran tersebut.

Di sisi lain, komunikasi kesehatan melalui media sosial juga dihadapkan pada berbagai tantangan, seperti misinformasi, perbedaan tingkat literasi kesehatan, serta persoalan etika dan privasi. Oleh karena itu, penerapan prinsip etika komunikasi kesehatan, tanggung jawab profesional, dan penggunaan media sosial secara bijak menjadi aspek yang tidak terpisahkan dari praktik edukasi kesehatan digital.

Secara keseluruhan, implikasi komunikasi kesehatan melalui media sosial sangat relevan bagi praktik keperawatan komunitas dan keluarga. Pendekatan ini dapat dimanfaatkan sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif yang berkelanjutan, mendukung pemberdayaan keluarga, serta memperkuat peran perawat dalam meningkatkan literasi dan kemandirian kesehatan masyarakat di era digital.

K. Referensi

- CDC. (2023). *Health communication strategies and resources*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://npin.cdc.gov/pages/health-communication-strategies-and-resources>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). *Health communication basics*. Atlanta, GA: U.S.Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/health->

communication/php/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/healthcommunication/

- Chen, J., & Wang, Y. (2021). Social Media Use for Health Purposes: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e17917. <https://doi.org/10.2196/17917>
- Chou, W. Y. S. (2018). Addressing health-related misinformation on social media. *American Journal of Public Health*, 108(S2), S. <https://doi.org/https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304567>
- Chretien, K. C., et al. (2021). Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23 No.11. https://www.jmir.org/2021/11/e25770/?utm_source=chatgpt.com
- Ditiaharman, F., Agsari, H., & Syakurah, R. A. (2022). KESEHATAN INTERNET PADA SISWA SEKOLAH. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(April). <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/view/2762/2318>
- Eka, R., Nasution, P., Derisko, A., Purba, X., & Siregar, H. J. (2025). Health Misinformation on Social Media: A Review of Management and Innovation Perspectives. *Journal of Media and Society Inquiry*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.14710/southsight.202526055>
- Griffith, D. M., Efird, C. R., Baskin, M. L., Webb Hooper, M., Davis, R. E., & Resnicow, K. (2024). Cultural Sensitivity and Cultural Tailoring: Lessons Learned and Refinements After Two Decades of Incorporating Culture in Health Communication Research. *Annual Review of Public Health*, 45(1), 195–212. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-060722-031158>
- Hanifah, H. N., & Irawati, A. C. (2025). Urgensi Cyber Law dalam Menjaga Privasi Pasien di Rumah Sakit Era Digital. *AJI*, 5(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.35473/ajj.v5i2.3945>
- Hasnah, F., & Asyari, D. P. (2025). Kesehatan Digital dan Privasi: Mengatasi Kekhawatiran dalam Kesehatan Masyarakat. *Appicare Journal*, 2(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.37985/apj.v2i3.17>
- Ikmar, N. (2024). *Tenaga Kesehatan dan Etika dalam Berbagi Konten Edukasi*. Kemenkes RS Radjiman Wediodiningrat. https://www.rsrw.go.id/artikel/tenaga-kesehatan-dan-etika-dalam-berbagi-konten-edukasi?utm_source=chatgpt.com
- Islam, S., Sarkar, T., Khan, S. H., Kamal, A. M., Hasan, S. M. M., Kabir, A., Yeasmin, D., Islam, M. A., Ibne, K., Chowdhury, A., Anwar, K. S., Chughtai, A. A., & Seale, H. (2020). COVID-19 – Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(4), 1621–1629. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>

- Kandou, F. M. W., Adam, A., & Alim, A. (2025). Makna Sosial Budaya dalam Persepsi Masyarakat terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia(Indonesian Health Scientific Journal)*, 10(1). <https://www.jurnal.unar.ac.id/index.php/health/article/view/2125/1274>
- Kelly, R., Wolf, M., & King, A. (2019). Family-centered approaches in community nursing using digital tools. *Journal of Community Health Nursing*, 36(4), 220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1676512>
- Kemenkes RI. (2018). *Pedoman komunikasi efektif dalam pelayanan kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., et al. (2021). *The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: Growing up in a digital world*. The Lancet, 398(10312), 1727–1776.
- Kreps, G. L., & Thornton, B. C. (1992). *Health communication: Theory and practice*. (Prospect H). IL: Waveland Press.
- Kusuma, E., Nastiti, A. D., Handayani, D., Puspitasari, R. A. H., & Rahmawati, I. (2025). Community-Led Health Education and Social Mobilization for Improving Stunting Prevention Behavior. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 20(4). <https://doi.org/10.14710/jpki.20.4.323-332>
- Luria, I., Jasmine, P., Rahmawati, F. N., Madura, U. T., & Inda, P. T. (2025). INFLUENCER DIGITAL SEBAGAI AGEN KOMUNIKASI KESEHATAN STUDI PERAN dr . TIRTA DI ERA MEDIA SOSIAL INFLUENCER DIGITAL SEBAGAI AGEN KOMUNIKASI KESEHATAN STUDI PERAN dr . TIRTA DI ERA MEDIA SOSIAL. *JURNAL MEDIA AKADEMIK (JMA)*, 3(6).
- Madani, Z. A., Rodiah, S., & Rohman, A. S. (2025). *PENGUNAAN MEDIA SOSIAL DALAM MENINGKATKAN LITERASI*. 6, 668–674. <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/39113/27161>
- Margaretta, S. (2025). *Media Sosial Menjadi Platform Komunikasi Modern Di Era Digital*. Elkom University. https://mcomms.telkomuniversity.ac.id/s2-ilmu-komunikasi-media-sosial-platform-komunikasi-modern/?utm_source=chatgpt.com
- Montag, C., & Gan, C. (2018). The Multipurpose Application WeChat : A Review on Recent Research. *Human-Media Interaction*, 9(December), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02247>
- Moorhead, S. A. (2019). A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e85. <https://doi.org/https://doi.org/10.2196/jmir.1933>
- Neiger, B. L. (2018). Use of social media in health promotion: Purposes, key

- performance indicators, and evaluation metrics. *Health Promotion Practice*, 19(3), 355. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1524839916675447>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–17.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promotion International*, 15(3), 259.
- 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.
- Oktavilantika, D. M., Suzana, D., Damhuri, T. A., Kesehatan, I., & Gunadarma, U. (2023). Literature Review: Promosi Kesehatan dan Model Teori Perubahan Perilaku Kesehatan. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7(2018), 1480–1494. <https://jptam.org/index.php/jptam/article/view/6007/5031>
- Oxman, A. (2022). *Health communication in and out of public health emergencies: To persuade or to inform? Health Research Policy and Systems*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12961-022-00828-z>
- Paul, B. (2025). The Impact of Social Media on Health Behaviors , a Systematic Review. *HealthCare Nursing Journal*, 13(21), 1–16. https://doi.org/https://www.mdpi.com/2227-9032/13/21/2763?utm_source=chatgpt.com#
- Pebriani, A. (2024). PENGARUH MEDIA SOSIAL SEBAGAI SARANA EDUKASI KESEHATAN TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN REMAJA TENTANG PBHS. *Jurnal Informatika Medis (J-INFORMED)*, Vol. 2 No. <https://doi.org/https://doi.org/10.52060/im.v2i2.2695>
- Purba, M. R., Errisya, M. K., Khofipah, S., & Hajijah, S. (2024). *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal) Analisis Peran Media Sosial dalam Meningkatkan Kesadaran Masyarakat tentang Pencegahan Penyakit HIV AIDS Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal). 9(1), 274–282.*
- Purwatyningsih, E. (2024). MODEL TEORI KONSEP KEPERAWATAN NOLA J PENDER ' HEALTH PROMOTION MODEL . ' *JOURNAL OF HEALTH AND MEDICAL RESEARCH*, 4(1), 76–85.
- Saba, I. S., Nursanti, I., Pender, N. J., Park, O., Ia, I., & Hall, J. (2024). Analisa Bagan Teori Promotion Health Model Nola J . Pender Analysis of Nola J . Pender ' s Promotion Health Model Theory Chart Pendahuluan sekolah keperawatan di West Suburban Hospital Pada tahun 1964 Pender menamatkan menerbitkan A Conceptual Model for P. *Journal of Nursing*, 3(1), 20–27. <https://doi.org/https://doi.org/10.59183/aacendikiajon.v3i1.28>

- Sanghavi, B., Sachdev, S. S., Sachdev, J. B., Sonawane, S., & Latke, S. (2025). Social Media as a Tool for Oral Health Promotion : An Umbrella Review of Systematic Reviews and Content-Analysis Studies Across Digital Platforms. *Cureus*, 17(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.87962>
- Schiavo, R. (2014). *Health communication: From theory to practice* ((2nd ed.)). CA: Jossey-Bass.
- Sharevski, F., Loop, J. Vander, Devine, A., & Jachim, P. (2024). ' Debunk-It-Yourself ': Health Professionals ' Strategies for Responding to Misinformation on TikTok. In *New Security Paradigms Workshop (NSPW '24), September 16â•fi19, 2024, Bedford, PA, USA* (Vol. 1, Issue 1). Association for Computing Machinery. <https://doi.org/10.1145/3703465.3703469>
- Simanjuntak, M., Yuliati, L. N., Rizkillah, R., Maulidina, A., Keluarga, I., & Manusia, F. E. (2022). PENGARUH INOVASI EDUKASI GIZI MASYARAKAT BERBASIS SOCIAL MEDIA MARKETING TERHADAP PENGETAHUAN , SIKAP , DAN PERILAKU DALAM The Effect of Community Nutrition Education Innovation Based on Social Media Marketing on Knowledge , Attitude , and Behavior to Pre. *JURNAL ILMU KELUARGA DAN KONSUMEN (JIKK)*, 15(2), 164–177. <https://doi.org/https://doi.org/10.24156/jikk.2022.15.2.164>
- Sintyasari, D., & Risdawati, I. (2025). URGENSI REFORMASI HUKUM KESEHATAN DI ERA DIGITAL : ANTARA ETIKA , PRIVASI DATA ,. *Indonesia of Journal Business Law*, 4(1)(July), 1–14. <https://doi.org/10.47709/ijbl.v4i2.5878>
- Siregar, W. A., Situmorang, F. W., Harahap, R. D., Fardani, N., Hayati, M. El, Masyarakat, K., Islam, U., & Sumatera, N. (2025). Efektivitas Media Sosial Sebagai Media Promosi Kesehatan di Era Digital: Literatur Review. *Cindoku: Jurnal Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan*, 2, 90–104. <https://jurnal.alahyansukabumi.com/index.php/cindoku/article/view/362/288>
- Stellefson, M. (2020). Association between health literacy, electronic health literacy, disease-specific knowledge, and health-related quality of life. *Health Promotion Practice*, 21(1), 67–. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1524839918822308>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *Healthy People 2010: Understanding and improving health*. Government Printing Office.
- Ventola, C. L. (2014). Social media and health care professionals: Benefits, risks, and best practices. *P&T*, 39(7), 491.
- WHO. (2017). *Communicating risk in public health emergencies*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208?utm_source=chatgpt.com
- WHO. (2019). WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening. In *Geneva:World Health Organization*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541902/>

- WHO. (2020). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529?utm_source=chatgpt.com
- WHO. (2022). *Infodemic management: An overview of WHO's work*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management>
- WHO. (2024). *Principles for effective communications*. World Health Organization.
- WHO. (2025). *Health literacy*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy?utm_source=chatgpt.com
- Wikipedia. (2025). *Health belief model*. Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Health_belief_model?utm_source=chatgpt.com
- Yulia, S. K. M. M. S., Lailatul Qomariyah, S. K. M. M. K. M., & apt. St Ratna Juminar, M. F. (2024). *Pengantar Komunikasi Kesehatan*. Publica Indonesia Utama. <https://books.google.co.id/books?id=Ph88EQAAQBAJ>
- Zhu, Z., Liu, S., & Zhang, R. (2023). Examining the persuasive effects of health communication in short videos: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, E48508. <https://doi.org/https://doi.org/10.2196/48508>

L. Glosarium

Agen perubahan	: Individu atau kelompok yang berperan aktif dalam mendorong terjadinya perubahan perilaku, sikap, dan kesadaran kesehatan di masyarakat.
Disinformasi	: Informasi kesehatan yang salah dan disebarkan secara sengaja dengan tujuan menyesatkan atau memengaruhi persepsi masyarakat.
Edukasi Kesehatan	: Proses pemberian informasi dan pembelajaran yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat.
Edukasi digital	: Kegiatan edukasi yang memanfaatkan teknologi dan platform digital, termasuk media sosial, untuk menyampaikan pesan pembelajaran atau informasi kesehatan.
Etika komunikasi Kesehatan	: Prinsip moral dan profesional yang mengatur penyampaian informasi kesehatan agar bersifat jujur, bertanggung jawab, menghormati privasi, dan tidak merugikan masyarakat.

Interaksi digital	: Bentuk komunikasi dua arah yang terjadi melalui media digital, seperti komentar, pesan langsung, atau diskusi daring.
Komunikasi Kesehatan	: Proses penyampaian dan pertukaran informasi kesehatan yang bertujuan memengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan individu atau masyarakat.
Konten edukatif	: Materi informasi atau pesan yang disusun secara sistematis untuk tujuan pembelajaran dan peningkatan pemahaman kesehatan.
Literasi digital	: Kemampuan individu dalam mengakses, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi yang diperoleh melalui media digital secara bijak.
Literasi Kesehatan	: Kemampuan individu atau masyarakat dalam memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat.
Media sosial	: Platform digital yang memungkinkan pengguna untuk berinteraksi, berbagi informasi, dan membentuk jejaring sosial secara daring.
Misinformasi	: Informasi kesehatan yang tidak akurat atau keliru, namun disebarkan tanpa unsur kesengajaan untuk menyesatkan.
Model promosi Kesehatan	: Kerangka konseptual yang digunakan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan serta merancang intervensi promosi kesehatan.
Perilaku Kesehatan	: Tindakan individu atau kelompok yang berhubungan dengan upaya mempertahankan, meningkatkan, atau memulihkan kesehatan.
Pesan Kesehatan	: Informasi atau ajakan yang disampaikan untuk meningkatkan kesadaran dan mendorong perubahan perilaku kesehatan.
Promotif dan preventif	: Upaya kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan (promotif) dan mencegah terjadinya penyakit (preventif).
Strategi komunikasi	: Perencanaan dan pendekatan sistematis dalam menyampaikan pesan agar tujuan komunikasi tercapai secara efektif.

CHAPTER 9

PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN DAN KOLABORASI INTERPROFESI DALAM INTERVENSI KOMUNITAS

Wittin Khairani, S.Pd., MPH.

A. Pendahuluan

Pemberdayaan kader kesehatan merupakan pendekatan strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat berbasis komunitas. Kader kesehatan berperan sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan profesional dalam menjangkau masyarakat hingga tingkat paling dasar. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kader yang diberdayakan melalui pelatihan terstruktur dan pendampingan berkelanjutan mampu meningkatkan cakupan layanan promotif dan preventif, termasuk deteksi dini masalah kesehatan dan edukasi perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat (Hadi et al., 2024).

Pemberdayaan kader kesehatan tidak hanya berfokus pada peningkatan keterampilan teknis, tetapi juga pada penguatan kapasitas sosial dan kepemimpinan kader dalam menggerakkan partisipasi masyarakat. Pendekatan ini mendorong keterlibatan aktif komunitas dalam proses perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan, sehingga intervensi menjadi lebih kontekstual dan berkelanjutan. Studi terkini di Indonesia menunjukkan bahwa kader yang dilibatkan secara aktif dalam pengambilan keputusan lokal mampu meningkatkan keberhasilan program kesehatan ibu dan anak di wilayah komunitas (Aulia & Purnamawati, 2025).

Seiring dengan meningkatnya kompleksitas masalah kesehatan masyarakat, intervensi komunitas membutuhkan pendekatan yang lebih komprehensif melalui kolaborasi interprofesi. Kolaborasi interprofesi merupakan bentuk kerja sama lintas profesi kesehatan yang mengintegrasikan berbagai keahlian untuk memberikan pelayanan yang holistik dan berpusat pada kebutuhan masyarakat. Pendekatan ini terbukti meningkatkan kualitas layanan kesehatan komunitas, khususnya dalam pengendalian penyakit menular dan tidak menular berbasis wilayah (Herawati et al., 2024).

Kolaborasi interprofesi juga memperkuat posisi kader kesehatan dalam sistem pelayanan kesehatan. Dengan dukungan tenaga kesehatan dari berbagai profesi, kader memperoleh bimbingan dan supervisi yang lebih optimal, sehingga mampu menjalankan peran secara efektif dan percaya diri. Studi internasional terbaru menunjukkan bahwa kolaborasi antara community health workers dan tenaga

kesehatan profesional, seperti apoteker dan perawat, mampu meningkatkan kontinuitas pelayanan dan kepatuhan masyarakat terhadap program kesehatan komunitas (Bandiera et al., 2025).

Integrasi pemberdayaan kader kesehatan dan kolaborasi interprofesi menciptakan sinergi yang memperkuat efektivitas intervensi komunitas. Pendekatan ini memungkinkan pembagian peran yang jelas, peningkatan komunikasi tim, serta optimalisasi sumber daya yang tersedia di komunitas. Penelitian tahun 2024 menegaskan bahwa intervensi berbasis kolaborasi interprofesi yang melibatkan kader kesehatan secara aktif dapat meningkatkan capaian indikator kesehatan masyarakat secara signifikan (Ribek, 2025).

Dengan demikian, pemberdayaan kader kesehatan yang didukung oleh kolaborasi interprofesi merupakan strategi penting dalam pembangunan kesehatan masyarakat berkelanjutan. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan kapasitas individu kader, tetapi juga memperkuat sistem kesehatan komunitas secara menyeluruh. Oleh karena itu, pemahaman dan penerapan kedua konsep ini menjadi landasan penting dalam perancangan dan implementasi intervensi kesehatan berbasis komunitas di masa kini (World Health Organization, 2023).

B. Konsep Pemberdayaan Kader Kesehatan

1. Pengertian Pemberdayaan

Pemberdayaan (*empowerment*) merupakan suatu proses yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan, kemampuan, dan kontrol individu atau kelompok terhadap keputusan serta sumber daya yang memengaruhi kehidupan mereka. Konsep ini menekankan perubahan peran dari pihak yang semula pasif menjadi aktif, mandiri, dan mampu menentukan arah kehidupannya sendiri. Dengan demikian, pemberdayaan tidak hanya berorientasi pada hasil, tetapi juga pada proses penguatan kapasitas dan kepercayaan diri individu maupun komunitas (Setyawan, 2025).

Dalam konteks pembangunan masyarakat, pemberdayaan dipahami sebagai upaya sistematis untuk meningkatkan kapasitas masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merumuskan solusi, serta berpartisipasi dalam pengambilan keputusan pembangunan. Pemberdayaan mendorong masyarakat untuk menjadi subjek pembangunan melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan, serta akses terhadap sumber daya yang tersedia, sehingga tercipta kemandirian dan keberlanjutan dalam kehidupan sosial dan ekonomi (Rahmah & Raharjo, 2024).

Pemberdayaan juga memiliki dimensi keadilan sosial, terutama dalam konteks kelompok rentan dan termarginalkan. Proses pemberdayaan diarahkan

untuk mengurangi ketimpangan dengan memberikan ruang partisipasi, pengakuan, dan kontrol yang lebih besar kepada kelompok tersebut. Dengan membangun kapasitas internal dan memperkuat posisi tawar komunitas, pemberdayaan menjadi strategi penting dalam mewujudkan pembangunan yang inklusif dan berkeadilan (Zaremba et al., 2024).

Selain itu, pemberdayaan merupakan proses kolaboratif yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, seperti pemerintah, akademisi, dan masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan menekankan pentingnya partisipasi aktif, kemandirian, serta pemanfaatan potensi lokal untuk menciptakan perubahan sosial yang berkelanjutan. Melalui pendekatan ini, masyarakat diharapkan mampu mempertahankan hasil pembangunan dan meningkatkan kualitas hidup secara berkelanjutan (Paramata et al., 2024).

Pemberdayaan kader kesehatan dapat didefinisikan sebagai suatu proses sistematis untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan kapasitas kader agar mampu menjalankan perannya secara mandiri dalam mendukung upaya kesehatan masyarakat. Proses pemberdayaan ini mencakup pelatihan, pendampingan, serta pemberian akses terhadap informasi dan sumber daya kesehatan yang relevan, sehingga kader mampu berkontribusi secara optimal dalam kegiatan promotif dan preventif di tingkat komunitas (Hadi et al., 2024).

2. Tahapan Pemberdayaan

a. Tahap Penyadaran (Awareness Stage)

Tahapan pemberdayaan yang pertama adalah penyadaran, yakni proses di mana masyarakat dikenalkan terhadap isu atau potensi yang ada di lingkungan mereka. Pada tahap ini, fasilitator atau agen pemberdaya melakukan sosialisasi untuk menumbuhkan kesadaran warga tentang pentingnya peran aktif demi perubahan menuju kesejahteraan. Tahap ini termasuk pengenalan terhadap potensi wisata, potensi ekonomi lokal, atau isu sosial yang relevan sehingga masyarakat mulai memahami peran dan tanggung jawabnya dalam proses pemberdayaan itu sendiri (Handayani & Ridwan, 2025).

b. Tahap Pengembangan Kapasitas (Capacity Building Stage)

Setelah masyarakat mulai sadar terhadap potensi dan permasalahan mereka, pemberdayaan berlanjut ke tahap pengembangan kapasitas. Pada fase ini dilakukan peningkatan keterampilan, pengetahuan, dan kemampuan melalui pelatihan dan bimbingan teknis yang relevan dengan kebutuhan masyarakat, seperti pelatihan manajemen usaha, teknik produksi, hingga kolaborasi multipihak untuk memperkuat kemampuan komunitas dalam

menjalankan aktivitas yang dapat meningkatkan kesejahteraan mereka (Handayani & Ridwan, 2025; Putri et al., 2025).

c. Tahap Pendayaan (Empowerment Stage)

Tahap berikutnya adalah pendayaan, yaitu ketika masyarakat mulai mendapatkan akses dan kesempatan untuk mengimplementasikan kemampuan yang sudah dibangun. Pada fase ini, masyarakat bukan hanya terlibat dalam pelatihan tetapi juga mulai mengambil keputusan dan mengelola kegiatan secara mandiri, seperti pengelolaan wisata, usaha lokal, atau program pemberdayaan lain yang dirancang untuk menciptakan keberlanjutan sosial dan ekonomi (Handayani & Ridwan, 2025).

3. Tahap Perencanaan Partisipatif

Selain tahapan teknis di atas, proses pemberdayaan yang efektif juga mencakup perencanaan partisipatif. Pada tahapan ini, masyarakat secara aktif dilibatkan dalam menyusun rencana kegiatan, tujuan program, strategi implementasi, dan indikator evaluasi. Perencanaan ini menekankan keterlibatan warga sebagai subjek yang menentukan kebutuhan dan prioritas mereka sendiri, sehingga program pemberdayaan berjalan lebih tepat sasaran dan berbasis kebutuhan lokal (Putri et al., 2025).

a. Tahap Evaluasi dan Pemantauan (Evaluation and Monitoring Stage)

Setelah program berjalan, tahap penting berikutnya adalah **evaluasi dan pemantauan**. Pada fase ini dilakukan pengukuran hasil kegiatan untuk memastikan bahwa tujuan pemberdayaan tercapai dan memberikan perbaikan berkelanjutan ketika terdapat kendala. Evaluasi juga membantu komunitas memahami sejauh mana kapasitas yang telah dikembangkan dapat diterapkan dalam kehidupan mereka sehari-hari dan digunakan sebagai dasar untuk perbaikan program selanjutnya (Sumbercanting case, 2024).

b. Tahap Kemandirian dan Penarikan Pendamping (Independence Stage)

Tahap akhir dalam proses pemberdayaan adalah **kemandirian komunitas**, di mana masyarakat diharapkan sudah mampu berdiri sendiri tanpa ketergantungan pada fasilitator atau pendamping. Pada fase ini, pendamping secara bertahap menarik peran aktifnya sehingga komunitas dapat mempertahankan dan mengembangkan inisiatif yang telah dimulai dengan dukungan internal dan jejaring sosial yang kuat (Sumbercanting case, 2024).

4. Manfaat Pemberdayaan Kader Kesehatan

Pemberdayaan kader kesehatan memberikan manfaat utama dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat desa dan kelurahan. Kader yang diberdayakan melalui pelatihan dan pendampingan mampu berperan sebagai penghubung antara masyarakat dan fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam upaya promotif dan preventif. Keberadaan kader membantu deteksi dini masalah kesehatan seperti stunting, gizi kurang, dan risiko kehamilan, sehingga intervensi dapat dilakukan lebih cepat dan tepat sasaran (Nurfadhila et al., 2023).

Selain meningkatkan akses layanan, pemberdayaan kader kesehatan juga berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan dan perilaku kesehatan masyarakat. Kader yang memiliki pemahaman yang baik dapat menyampaikan pesan kesehatan secara efektif karena memiliki kedekatan sosial dan budaya dengan masyarakat. Hal ini terbukti mampu meningkatkan kesadaran dan praktik kesehatan ibu dan anak, termasuk kepatuhan terhadap program kesehatan yang telah dirancang oleh puskesmas (Marbun et al., 2024).

Manfaat lain dari pemberdayaan kader kesehatan adalah meningkatnya efektivitas pelaksanaan program kesehatan ibu dan anak, seperti program ASI eksklusif. Kader yang telah dibekali pengetahuan dan keterampilan mampu memberikan edukasi serta pendampingan kepada ibu hamil dan menyusui secara berkelanjutan. Peran aktif kader tersebut berkontribusi pada peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu dalam pemberian ASI eksklusif di masyarakat (Sudarmi et al., 2025).

Pemberdayaan kader kesehatan juga memperkuat fungsi posyandu sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan primer. Melalui pelatihan dan peningkatan kapasitas, kader menjadi lebih terampil dalam pengelolaan kegiatan posyandu, pencatatan buku KIA, serta pemantauan tumbuh kembang balita. Penguatan peran kader ini berdampak pada meningkatnya kualitas layanan promotif dan preventif di tingkat komunitas (Surtimanah et al., 2025).

Selain berdampak pada layanan kesehatan, pemberdayaan kader kesehatan mendorong peningkatan kapasitas dan kemandirian kader itu sendiri. Kader yang diberdayakan menunjukkan peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri dalam menjalankan tugasnya, termasuk dalam edukasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta deteksi dini masalah kesehatan masyarakat. Peningkatan kapasitas ini berkontribusi pada keberlanjutan program kesehatan berbasis masyarakat (Musdalifah, 2024).

Secara keseluruhan, pemberdayaan kader kesehatan memberikan manfaat jangka panjang dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Kader yang kompeten dan berdaya mampu berperan aktif dalam berbagai aspek promosi kesehatan, termasuk kesehatan ibu dan anak, gizi, serta kesehatan gigi dan mulut. Dengan demikian, pemberdayaan kader kesehatan menjadi strategi penting dalam memperkuat sistem kesehatan masyarakat dan mencapai tujuan pembangunan kesehatan berkelanjutan (Rahayu et al., 2025).

5. Pengertian Kader Kesehatan

Kader kesehatan merupakan anggota masyarakat yang dipilih dan dilatih untuk berperan aktif dalam upaya peningkatan kesehatan di tingkat komunitas. Kader berfungsi sebagai perpanjangan tangan sistem kesehatan formal dengan melaksanakan kegiatan promotif dan preventif, seperti penyuluhan kesehatan, pemantauan kondisi kesehatan dasar, serta pendampingan keluarga. Peran ini menjadikan kader kesehatan sebagai aktor penting dalam memperluas jangkauan layanan kesehatan berbasis masyarakat (World Health Organization [WHO], 2023).

Secara konseptual, kader kesehatan dikenal secara global sebagai *community health workers* (CHWs), yaitu individu yang berasal dari komunitas setempat, memahami nilai sosial dan budaya masyarakat, serta memiliki hubungan yang erat dengan kelompok sasaran. Kedekatan ini memungkinkan kader menjalankan peran edukatif dan pendampingan secara lebih efektif dibandingkan tenaga kesehatan yang tidak menetap di komunitas tersebut, sehingga meningkatkan penerimaan dan keberlanjutan intervensi kesehatan (Perry et al., 2023).

Dalam konteks Indonesia, kader kesehatan umumnya terlibat dalam kegiatan posyandu dan berbagai program kesehatan berbasis masyarakat lainnya. Kader bertugas membantu pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan anak, gizi, imunisasi, serta pencegahan penyakit, dengan tetap berada di bawah pembinaan tenaga kesehatan profesional. Definisi ini menegaskan bahwa kader kesehatan bukan tenaga medis, tetapi mitra strategis dalam pelayanan kesehatan primer (Marbun et al., 2024).

Lebih luas, kader kesehatan juga dipahami sebagai agen pemberdayaan masyarakat yang mendorong partisipasi aktif warga dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan mereka sendiri. Selain menyampaikan informasi, kader berperan sebagai motivator, fasilitator, dan advokat kesehatan di tingkat komunitas. Dengan peran tersebut, kader kesehatan berkontribusi dalam mengurangi kesenjangan akses layanan kesehatan dan memperkuat ketahanan sistem kesehatan berbasis masyarakat (O'Donovan et al., 2024).

6. Syarat menjadi Kader Kesehatan

Syarat utama menjadi kader kesehatan adalah berasal dari dan berdomisili di wilayah komunitas tempat kader tersebut akan bertugas. Kader umumnya dipilih oleh masyarakat setempat karena dianggap memiliki kepedulian sosial, dapat dipercaya, serta memahami kondisi sosial dan budaya lingkungan sekitar. Kedekatan ini penting agar kader mampu menjalankan perannya secara efektif sebagai penghubung antara masyarakat dan layanan kesehatan formal (World Health Organization [WHO], 2023).

Selain berdomisili di wilayah setempat, calon kader kesehatan diharapkan memiliki kemampuan dasar seperti dapat membaca dan menulis, memiliki waktu luang untuk kegiatan sosial, serta bersedia bekerja secara sukarela atau dengan insentif terbatas. Komitmen dan motivasi untuk melayani masyarakat menjadi syarat penting karena tugas kader menuntut konsistensi dalam pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif kesehatan (Perry et al., 2023).

Syarat berikutnya adalah kesediaan calon kader untuk mengikuti pelatihan dan pembinaan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan atau institusi terkait. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader dalam bidang kesehatan dasar, seperti kesehatan ibu dan anak, gizi, imunisasi, serta pencegahan penyakit. Kader yang terlatih diharapkan mampu menjalankan tugas sesuai standar dan berkontribusi pada peningkatan kualitas layanan kesehatan berbasis masyarakat (O'Donovan et al., 2024).

Dalam konteks Indonesia, syarat menjadi kader kesehatan juga mencakup persetujuan dari perangkat desa atau kelurahan serta kesiapan untuk bekerja sama dengan puskesmas dan lintas sektor terkait. Kader diharapkan mampu bekerja secara kolaboratif, menjaga etika, dan menjadi teladan perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan masyarakat. Pemenuhan syarat-syarat tersebut mendukung keberlanjutan peran kader dalam sistem pelayanan kesehatan primer (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

7. Proses Pembinaan Kader Kesehatan

Proses pembinaan kader kesehatan diawali dengan pelatihan dasar yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader dalam menjalankan perannya di masyarakat. Pelatihan ini mencakup materi kesehatan dasar, seperti kesehatan ibu dan anak, gizi, pencegahan penyakit, pencatatan dan pelaporan kegiatan, serta komunikasi edukatif. Pelatihan diberikan oleh tenaga kesehatan profesional agar kader memiliki pemahaman yang benar dan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan primer (World Health Organization (WHO), 2023).

Setelah pelatihan dasar, pembinaan kader kesehatan dilanjutkan melalui pendampingan dan supervisi secara berkala. Pendampingan dilakukan oleh petugas puskesmas atau tenaga kesehatan untuk memastikan kader mampu menerapkan ilmu yang telah diperoleh dalam kegiatan lapangan, seperti pelaksanaan posyandu dan penyuluhan kesehatan. Supervisi ini penting untuk meningkatkan kualitas kinerja kader, memperbaiki kesalahan, serta menjaga konsistensi pelaksanaan program kesehatan berbasis masyarakat (Perry et al., 2023).

Proses pembinaan juga melibatkan praktik langsung dan pembelajaran berkelanjutan agar kompetensi kader terus berkembang. Kader diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan lanjutan, simulasi kegiatan, serta diskusi pemecahan masalah yang sering ditemui di lapangan. Pendekatan ini membantu kader menyesuaikan kemampuan mereka dengan dinamika permasalahan kesehatan masyarakat dan memperkuat peran kader sebagai mitra tenaga kesehatan (O'Donovan et al., 2024).

Selain itu, evaluasi berkala merupakan bagian penting dalam proses pembinaan kader kesehatan. Evaluasi dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi kader, efektivitas pelatihan, serta dampak peran kader terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan dan perencanaan pembinaan selanjutnya agar peran kader tetap relevan, berkelanjutan, dan selaras dengan kebijakan kesehatan nasional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

C. Konsep Kolaborasi Interprofesi

1. Pengertian Kolaborasi Interprofesi

Kolaborasi interprofesi adalah suatu pendekatan kerja sama yang melibatkan berbagai profesi kesehatan dan non-kesehatan untuk menciptakan pelayanan yang lebih terintegrasi dan berfokus pada kebutuhan pasien atau masyarakat. Pendekatan ini memungkinkan profesional dari latar belakang berbeda untuk saling berbagi pengetahuan, keterampilan, dan tanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan agar tujuan bersama dapat tercapai secara efektif (Manurung et al., 2024).

Dalam praktik pelayanan kesehatan primer dan komunitas, kolaborasi interprofesi diimplementasikan untuk menghadapi kompleksitas kebutuhan kesehatan masyarakat. Misalnya, hubungan kerja antara apoteker, dokter, perawat, dan tenaga kesehatan komunitas (seperti kader kesehatan) dapat meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan dengan memadukan keahlian

masing-masing profesi dalam manajemen penyakit, edukasi kesehatan, dan tindak lanjut perawatan (Smith & Jones, 2025).

Kolaborasi interprofesi juga berperan penting dalam meningkatkan hasil klinis dan keselamatan pasien. Penelitian meta-analisis menunjukkan bahwa keberhasilan kolaborasi antara perawat dan dokter berdampak pada tingkat kepuasan pasien, koordinasi perawatan, serta pengurangan risiko kesalahan medis. Hubungan kerja tim yang efektif ditandai oleh komunikasi yang lancar, saling menghormati peran masing-masing profesi, serta sikap terbuka terhadap pembelajaran bersama (Moloro et al., 2025).

Selain itu, kolaborasi interprofesi yang baik mendukung penanganan isu kesehatan masyarakat yang kompleks seperti pencegahan dan penurunan stunting. Intervensi lintas profesi dan sektor — misalnya antara tenaga kesehatan klinis, kesehatan masyarakat, dan kader komunitas — mampu menciptakan strategi holistik yang lebih responsif terhadap faktor determinan sosial dan klinis. Pendekatan ini menunjukkan bahwa keterpaduan profesi memberikan kontribusi signifikan terhadap keberhasilan program prioritas kesehatan (Suratman et al., 2023).

2. Manfaat Kolaborasi Interprofesi

Kolaborasi interprofesi juga meningkatkan **efisiensi kerja tim dan perawatan secara keseluruhan**. Pendekatan kolaboratif dapat mengurangi duplikasi tugas dan pemakaian sumber daya yang tidak perlu, sekaligus memastikan bahwa setiap profesional mengoptimalkan keahliannya dalam konteks perawatan pasien. Di samping itu, kerja sama yang efektif memperkuat koordinasi layanan sehingga pasien menerima pelayanan yang lebih cepat, komprehensif, dan responsif terhadap kebutuhan kompleks mereka (Metilda et al., 2025).

Kolaborasi interprofesi terbukti memberikan manfaat signifikan dalam meningkatkan **kualitas pelayanan kesehatan**. Studi di layanan keperawatan menunjukkan bahwa kolaborasi antara perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya dapat meningkatkan kepuasan pasien, mempercepat pemulihan, serta mengurangi risiko kesalahan medis melalui koordinasi yang baik antarprofesi. Komunikasi terbuka dan penghormatan terhadap peran masing-masing profesi menjadi kunci terwujudnya kolaborasi yang efektif (Nurambiya, 2025).

Manfaat lain dari kolaborasi interprofesi adalah peningkatan **keselamatan pasien**. Strategi kolaboratif yang dirancang untuk meningkatkan komunikasi, koordinasi, dan pengambilan keputusan bersama terbukti mampu menurunkan insiden keselamatan yang merugikan pasien di lingkungan layanan kesehatan.

Intervensi ini mencakup pertukaran informasi yang jelas antarprofesi serta perencanaan perawatan yang terintegrasi, yang secara langsung berkontribusi pada lingkungan perawatan yang lebih aman (Keumalasari et al., 2025).

Selain itu, kolaborasi interprofesi berkontribusi terhadap **kepuasan tenaga kesehatan dan lingkungan kerja yang lebih profesional**. Ketika profesional kesehatan dapat berkomunikasi dengan baik dan saling menghormati peran masing-masing, hal ini menciptakan suasana kerja yang mendukung pembelajaran bersama, menurunkan stres kerja, serta meningkatkan komitmen terhadap perawatan pasien. Edukasi interprofesional (*interprofessional education*) juga terbukti memperkuat sikap positif terhadap kolaborasi sejak fase pendidikan sehingga mempersiapkan lulusan yang siap bekerja secara tim di dunia nyata (Rini et al., 2024).

D. Intervensi Komunikasi

1. Pengertian dan Lapisan Komunikasi

Komunitas dapat dipahami sebagai sekumpulan individu yang hidup dan berinteraksi dalam suatu wilayah atau lingkungan sosial tertentu serta memiliki nilai, minat, dan tujuan bersama. Dalam konteks kesehatan masyarakat, komunitas bukan hanya sekadar lokasi geografis, tetapi juga mencakup hubungan sosial, norma, dan dukungan timbal balik antaranggota masyarakat yang saling berinteraksi demi mencapai kesejahteraan bersama (Kompas.com, 2023).

Komunitas dalam kerangka kesehatan masyarakat menggambarkan unit sosial yang menjadi fokus intervensi kesehatan primer, dimana individu, keluarga, dan kelompok bekerja sama dalam upaya pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian, komunitas menjadi klien atau sasaran dari berbagai program kesehatan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan populasi secara kolektif, bukan hanya perorangan (Epidemiolog.id, 2025).

Dalam ilmu kesehatan masyarakat dan perencanaan program, konsep *lapisan komunitas* sering digunakan untuk menggambarkan berbagai tingkatan atau struktur interaksi sosial yang memengaruhi perilaku dan status kesehatan. Tingkatan ini meliputi individu sebagai unit terkecil; hubungan interpersonal dalam keluarga atau kelompok kecil; jaringan sosial dan norma komunitas yang memengaruhi perilaku kolektif; serta faktor lingkungan yang lebih luas, seperti institusi, sumber daya, dan kebijakan publik yang berlaku dalam komunitas (*community level*) (Fiveable Content Team, 2025).

Pemahaman tentang lapisan komunitas penting dalam pendekatan kesehatan masyarakat karena setiap tingkatan memiliki peran dan pengaruh berbeda terhadap kesehatan populasi. Misalnya, dukungan sosial di tingkat hubungan interpersonal dapat memotivasi perubahan perilaku sehat, sedangkan struktur dan sumber daya di tingkat komunitas mempengaruhi akses layanan kesehatan dan peluang terjadinya intervensi yang lebih efektif. Pendekatan multisektoral yang mempertimbangkan semua lapisan ini dapat meningkatkan efektivitas strategi kesehatan masyarakat (Fiveable Content Team, 2025).

2. Lapisan Komunitas yang rentan terhadap masalah kesehatan

Dalam konteks kesehatan masyarakat, lapisan komunitas yang rentan terhadap masalah kesehatan mencakup **lanjut usia (lansia)** yang sering mengalami penurunan fungsi fisiologis dan memiliki risiko lebih tinggi terhadap penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, dan gangguan imun. Lansia juga sering menghadapi keterbatasan akses layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil atau dengan sumber daya terbatas, sehingga membuat mereka lebih mudah terpapar penyakit dan komplikasi kesehatan lainnya (Huang et al., 2025).

Anak-anak dan balita merupakan kelompok lain yang rentan, karena sistem imun yang belum matang serta ketergantungan pada orang dewasa untuk perawatan dan akses layanan kesehatan. Kurangnya imunisasi, gizi tidak cukup, serta paparan lingkungan yang kurang sehat dapat memperburuk kesehatan anak, menunjukkan pentingnya intervensi preventif di lapisan komunitas ini (Norman et al., 2024).

Komunitas dengan **status sosial ekonomi rendah**, termasuk mereka yang hidup dalam kemiskinan atau di permukiman padat seperti daerah kumuh, memiliki risiko lebih tinggi terhadap masalah kesehatan karena faktor determinan sosial seperti akses layanan yang buruk, sanitasi tidak memadai, dan pola hidup yang kurang sehat. Ketidaksetaraan ini berdampak pada ketidakadilan kesehatan, di mana kelompok tersebut mengalami tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang lebih sejahtera (Fitriasari, 2025).

Kelompok komunitas yang mengalami **ketidaksetaraan sosial dan diskriminasi**—misalnya penyandang disabilitas, minoritas etnis, maupun migran—cenderung menghadapi hambatan signifikan dalam mengakses layanan kesehatan dan dukungan sosial. Hambatan tersebut mencakup diskriminasi struktural, ketidaktersediaan sumber daya yang sesuai, serta kurangnya inklusi dalam perencanaan layanan kesehatan, yang pada akhirnya meningkatkan kerentanan mereka terhadap kondisi kronis dan kurangnya pemulihan kesehatan yang optimal (Fitriasari, 2025).

3. Peran Komunitas mengatasi masalah kesehatan

Komunitas berperan penting dalam meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat terhadap isu kesehatan melalui **pendidikan dan promosi kesehatan** yang dilakukan secara langsung di lingkungan lokal. Melalui kegiatan seperti penyuluhan kesehatan, diskusi kelompok, serta penyebaran informasi tentang pencegahan penyakit dan gaya hidup sehat, masyarakat dapat lebih peduli dan melakukan langkah pencegahan sejak dini terhadap berbagai ancaman kesehatan. Partisipasi aktif komunitas dalam edukasi kesehatan menunjukkan potensi besar dalam meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku masyarakat guna mengatasi masalah kesehatan secara berkelanjutan (Andiva Husyada & Pamelasari, 2025).

Peran komunitas juga nampak dalam **penanganan kasus penyakit spesifik** di masyarakat melalui keterlibatan langsung masyarakat dan tenaga kesehatan komunitas dalam upaya promotif dan preventif. Misalnya, pelaksanaan kegiatan keperawatan komunitas di desa telah terbukti membantu mengidentifikasi masalah kesehatan lokal, melakukan pemeriksaan kesehatan, serta merancang tindakan keperawatan yang sesuai kebutuhan masyarakat. Pendekatan ini tidak hanya memperkuat layanan kesehatan primer tetapi juga memberdayakan warga untuk terlibat langsung dalam pemecahan masalah kesehatan di wilayahnya (Rina Puspita Sari et al., 2024).

Selain itu, keterlibatan komunitas dan **tenaga kesehatan lokal turut memperkuat keterhubungan antara masyarakat dengan fasilitas kesehatan formal**, sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi lebih efektif. Kolaborasi ini memfasilitasi pelaksanaan program deteksi dini penyakit, rujukan layanan, serta dukungan berkelanjutan bagi kelompok rentan. Pendekatan berbasis komunitas ini mengoptimalkan sumber daya lokal dan mempercepat respon terhadap masalah kesehatan yang muncul, sekaligus memperkuat sistem kesehatan primer di tingkat akar rumput (Oktavia Ramadaningrum et al., 2025).

Lebih jauh, peran komunitas dalam upaya kesehatan juga mencakup **pemberdayaan masyarakat untuk mengambil keputusan dan tindakan mandiri terhadap kesehatannya sendiri**. Melalui pendekatan partisipatif, komunitas dapat merancang, mengelola, dan mengevaluasi program kesehatan sesuai prioritas lokal, sehingga solusi yang dihasilkan lebih relevan dan berdampak. Pendekatan partisipatif ini, seperti *community-based participatory research*, mendorong kolaborasi antara warga, peneliti, dan pemangku kepentingan untuk menciptakan strategi intervensi yang tepat guna dan berkelanjutan dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat (Aina et al., 2025).

4. Hasil yang diharapkan dari Pemberdayaan kader kesehatan dan Kolaborasi Interprofesi dalam Intervensi Komunitas

Implementasi pemberdayaan kader kesehatan dalam intervensi komunitas diharapkan dapat meningkatkan **pengetahuan dan keterampilan kader** yang selanjutnya berkontribusi pada perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Kader yang terlatih memiliki kemampuan lebih baik dalam penyuluhan, deteksi dini masalah kesehatan, serta pemantauan keluarga berisiko sehingga partisipasi masyarakat dalam program promotif dan preventif meningkat secara signifikan (Defia Roza et al., 2025).

Hasil yang diharapkan berikutnya adalah peningkatan **akses dan kualitas layanan kesehatan di komunitas**. Pemberdayaan kader membantu memperluas jangkauan intervensi kesehatan primer karena kader mampu menjangkau keluarga dan kelompok yang selama ini kurang terlayani oleh fasilitas formal. Hal ini berdampak pada peningkatan cakupan imunisasi, kepatuhan kunjungan ibu hamil, serta penguatan perilaku hidup bersih dan sehat (Musdalifah, 2024).

Kolaborasi interprofesi dalam intervensi komunitas juga diharapkan menghasilkan **peningkatan kualitas koordinasi layanan lintas profesi** sehingga intervensi menjadi lebih terintegrasi dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Pelatihan interprofesional telah terbukti meningkatkan kerja tim, komunikasi, dan pemahaman peran antarprofesi yang kemudian berdampak positif pada perencanaan intervensi dan penyelesaian masalah kesehatan di komunitas (Malaha, 2025).

Terakhir, kombinasi pemberdayaan kader kesehatan dan kolaborasi interprofesi diharapkan mampu memperkuat **ketahanan kesehatan komunitas secara berkelanjutan**, termasuk melalui pendekatan preventif terhadap penyakit kronis dan kluster masalah kesehatan lainnya. Intervensi yang melibatkan berbagai profesi bersama kader komunitas menciptakan strategi yang lebih holistik, mengurangi beban layanan kuratif, dan pada akhirnya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Mustari et al., 2025).

E. Penutup

Pemberdayaan kader kesehatan dan kolaborasi interprofesi merupakan pendekatan strategis dalam intervensi komunitas untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan. Kader kesehatan berperan sebagai penghubung antara masyarakat dan tenaga kesehatan profesional, sehingga mampu memperluas jangkauan layanan kesehatan, terutama pada kelompok rentan dan wilayah dengan keterbatasan akses. Melalui peningkatan

kapasitas kader, upaya promotif dan preventif dapat dilakukan secara lebih efektif dan sesuai dengan kebutuhan lokal komunitas.

Kolaborasi interprofesi memperkuat intervensi komunitas melalui sinergi berbagai disiplin ilmu kesehatan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program. Kerja sama antarprofesi memungkinkan pendekatan yang lebih komprehensif dan holistik terhadap masalah kesehatan, karena setiap profesi berkontribusi sesuai dengan kompetensi dan perannya. Dengan kolaborasi yang baik, kualitas pelayanan kesehatan meningkat, koordinasi menjadi lebih optimal, dan potensi tumpang tindih maupun kesenjangan layanan dapat diminimalkan.

Integrasi antara pemberdayaan kader kesehatan dan kolaborasi interprofesi juga mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri. Masyarakat tidak hanya menjadi sasaran program, tetapi juga berperan sebagai subjek yang terlibat dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan kegiatan kesehatan. Pendekatan ini mampu menumbuhkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) terhadap program kesehatan, sehingga keberlanjutan intervensi komunitas dapat terjaga dalam jangka panjang.

Sebagai implikasi kebijakan, diperlukan dukungan yang lebih kuat dari pemerintah dan pemangku kepentingan terkait dalam bentuk perumusan kebijakan yang mendukung **penguatan peran kader kesehatan dan kolaborasi interprofesi** di tingkat komunitas. Kebijakan tersebut mencakup penyediaan pelatihan berkelanjutan bagi kader dan tenaga kesehatan lintas profesi, alokasi pendanaan yang memadai, serta integrasi program berbasis komunitas ke dalam sistem pelayanan kesehatan primer. Selain itu, diperlukan mekanisme monitoring dan evaluasi yang terstruktur untuk memastikan efektivitas intervensi serta keberlanjutan program, sehingga pemberdayaan kader kesehatan dan kolaborasi interprofesi dapat memberikan dampak nyata dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Dengan demikian, pemberdayaan kader kesehatan yang didukung oleh kolaborasi interprofesi merupakan fondasi penting dalam pembangunan kesehatan berbasis komunitas. Keberhasilan intervensi komunitas sangat bergantung pada komitmen semua pihak, termasuk tenaga kesehatan, kader, pemangku kepentingan, dan masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, penguatan kapasitas kader serta peningkatan kolaborasi lintas profesi perlu terus dikembangkan sebagai upaya strategis untuk meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

F. Referensi

- Adi, A. B., Holt, A., Meredith, A. H., et al. (2025). *Incorporating community-engaged research into a statewide community health worker-driven infrastructure for addressing health disparities in public health emergency*. *BMC Health Services Research*, 25, Article 991. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12859-7>
- Andiva Husyada, & Pamelasari, N. (2025). *Peran edukasi kesehatan dalam upaya pencegahan HIV/AIDS berbasis komunitas: Literatur review*. *Jurnal Ilmiah Penelitian Mahasiswa*, 4(1), 30–35. <https://doi.org/10.61722/jipm.v4i1.1794>
- Aulia, F. O., & Purnamawati, D. (2025). Kontribusi kader posyandu dalam intervensi stunting: Kajian literatur tahun 2023–2025.
- Bandiera, C., Mistry, S. K., Harris, E., et al. (2025). Interprofessional collaboration between pharmacists and community health workers: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24, 23. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02377-7>
- Defia Roza, D., Murniati, M., Fadriyanti, Y., Suryarinisih, Y., & Ilda, Z. A. (2025). *Efektivitas pelatihan kader dalam peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS*. *ABDI: Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, 7(3), 1–10. <https://doi.org/10.24036/abdi.v7i3.1228>
- Epidemiolog.id. (2025, Oktober 3). *Epidemiologi komunitas*. <https://www.epidemiolog.id/epidemiologi-komunitas/>
- Fitriasari, E. (2025). *Determinants sosial dan intervensi dalam kesehatan: Vulnerable populations* [PDF]. *International Journal of Nursing Research*, 2(1), 1–10.
- Fiveable Content Team. (2025). *Community level*. <https://fiveable.me/key-terms/introduction-public-health/community-level>
- Hadi, I., Idris, B. N. A., Halid, S., & Supriyadi, Z. (2024). Pemberdayaan masyarakat melalui posyandu keluarga berbasis *community as partners*. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 6(4), 312–320.
- Handayani, E., & Ridwan. (2025). *Community empowerment in the tourism development program in Kampung Ketupat Samarinda* (Empowerment: Jurnal Ilmiah Program Studi Pendidikan Luar Sekolah, 14(2), 274–279).
- Herawati, L., Donsu, J., Palestin, B., Delima, R., & Yuniritha, E. (2024). Program kesehatan melalui pendekatan interprofessional collaboration (IPC) menuju desa sehat bebas tuberkulosis. *Jurnal Pengabdian Harapan Ibu*, 6(2), 89–97.
- Huang, L., Yang, W., Wang, L., et al. (2025). *Identifying vulnerable groups of community-dwelling older adults with a strong willingness to receive volunteer services based on machine learning methods*. *BMC Public Health*, 25, Article 4033. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24902-7>

- International Journal of Accounting and Management Research. (2024). *Community empowerment through sustainable practices: Steps, planning, and evaluation* (pp. 71–). *International Journal of Accounting and Management Research*, 5(2).
- JERKIN: *Jurnal Ekonomi dan Kewirausahaan Indonesia*, 4(1).
<https://jerkin.org/index.php/jerkin/article/view/1769>
- Jurnal Ilmu Medis Indonesia*, 4(2), 155–168.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman pengelolaan dan pembinaan kader kesehatan di tingkat masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI.
- Keumalasari, K., Yetti, K., Novieastari, E., & Martha, E. (2025). *The strategies and interventions for interprofessional collaboration to improving patient safety in hospitals: A systematic review*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 28(2), 141–156.
- Kompas.com. (2023, Mei 30). *Pengertian komunitas menurut ahli*.
<https://www.kompas.com/skola/read/2023/05/30/130000969/pengertian-komunitas-menurut-ahli>
- Malaha, N. (2025). *Pengaruh pelatihan interprofesional terhadap kolaborasi tim kesehatan*. *Barongko: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(3), 758–768.
<https://doi.org/10.59585/bajik.v3i3.712>
- Manurung, J. S., Crie Handini, M., Sitorus, M. E., Manurung, K., & Manurung, J. (2024). *Implementasi interprofesional collaboration (IPC)*. *Jurnal Kesehatan Tambusai (JKT)*, 4(2), 1–10. <https://doi.org/10.31004/jkt.v4i2.16069>
- Marbun, U., Irnawati, & Sari, L. P. (2024). Pemberdayaan kader posyandu sebagai upaya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pemanfaatan buku KIA. *Jurnal Abmas Negeri (JAGRI)*, 4(2), 123–130.
- Metilda, M., Putri, R. D., Permadi, R. P., Rohman, R. N., Anjani, R., & Irmawati, I. (2025). *Kolaborasi interprofesional dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan kepuasan kerja tenaga kesehatan*. *SINERGI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(12), 5183–5203.
<https://doi.org/10.62335/sinergi.v2i12.1966>
- Moloro, A. H., Sabo, K. G., Lahole, B. K., Wengoro, B. F., & Urmale, K. (2025). *Prevalence of interprofessional collaboration towards patient care and associated factors among nurses and physicians in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis*. *BMC Nursing*, 24, Article 210.
<https://doi.org/10.1186/s12912-025-02847-x>
- Musdalifah, M. (2024). Pelatihan keperawatan komunitas untuk kader kesehatan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. *Sahabat Sosial: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(1), 45–52.
- Musdalifah, M. (2024). *Pengabdian kepada masyarakat: Pelatihan keperawatan komunitas untuk kader kesehatan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat*

di wilayah Desa Tapalang. *Sahabat Sosial: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(4), 841–850. <https://doi.org/10.59585/sosisabdimas.v2i4.841>

- Mustari, M., Irwan, M., & Salmah, A. (2025). *Interprofessional collaboration dalam upaya pencegahan stunting di pelayanan kesehatan. Jurnal Kolaboratif Sains*, 6(8), 3987–3995. <https://doi.org/10.56338/jks.v6i8.3987>
- Norman, G., Kletter, M., & Dumville, J. (2024). *Interventions to increase vaccination in vulnerable groups: rapid overview of reviews. BMC Public Health*, 24, Article 1479. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18713-5>
- Nurambiya, N. (2025). *Studi tentang kolaborasi antara perawat dan tim kesehatan dalam meningkatkan pelayanan keperawatan. Barongko: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(3), 844. <https://doi.org/10.59585/bajik.v3i3.844>
- Nurfadhila, N., Najamuddin, N. I., & Abidin, Z. (2023). Pemberdayaan kader kesehatan dalam pencegahan stunting di Desa Tenggeling. *Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(6), 388–393.
- O'Donovan, J., O'Donovan, C., & Kuhn, I. (2024). Community health workers as agents of health system strengthening: A global perspective. *The Lancet Global Health*, 12(3), e410–e418. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00037-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00037-4)
- Oktavia Ramadaningrum, N. P. A., Shofia R. Z., et al. (2025). *Pendekatan praktis manajemen kesehatan di tingkat pelayanan komunitas. Galenical: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 4(4), 68–74.
- Paramata, D. D., Umar, M. K., & Setiawan, D. G. E. (2024). Pemberdayaan masyarakat desa berbasis angka putus sekolah (APS) untuk pencapaian target SDGs. *Jurnal Sibermas (Sinergi Pemberdayaan Masyarakat)*, 13(2). <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/sibermas/article/view/17408>
- Perry, H. B., Zulliger, R., & Rogers, M. M. (2023). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 44, 399–421. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110256>
- Putri, C., Atthahara, H., & Resmana Adiarsa, S. (2025). *Social participation in community empowerment through the development of Alamendah Tourism Village. Journal of Government Insight*, 5(1), 31–42. <https://doi.org/10.47030/jgi.v5i1.1038>
- Rahayu, E. S., Reca, & Fitriani. (2025). Pemberdayaan kader melalui pelatihan dental health education di Kota Banda Aceh. *Journal of Community Service and Society Empowerment*, 5(1), 1–8.
- Rahmah, R., & Raharjo, T. J. (2024). Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan desa wisata kampung. *Jurnal Pembelajaran Pemberdayaan Masyarakat (JP2M)*, 5(3), 581–594. <https://riset.unisma.ac.id/index.php/JP2M/article/view/22194>

- Rina Puspita Sari, B. P. A., Ardita Pramesti, A. N. P., & Aulia N. S. (2024). *Peran keperawatan komunitas dalam meningkatkan kesehatan masyarakat Rt.005/Rw.002 Kp. Gebang Kota*
- Rini, T. A., Andriani, H., & Fandianto, Y. (2024). *Efektivitas metode pembelajaran Interprofessional Education (IPE) dalam meningkatkan kolaborasi antarprofesi mahasiswa kesehatan. PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 29776. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i2.29776>
- Setyawan, A. A. (2025). Pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan kemandirian ekonomi lokal yang berkelanjutan.
- Smith, T., & Jones, L. (2025). *Interprofessional collaboration between pharmacists and community health workers: A scoping review. International Journal for Equity in Health*, 24(23), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02377-7>
- Sudarmi, S., Purwaningsih, D., & Rudyanti, N. (2025). Optimalisasi peran kader kesehatan untuk keberhasilan ASI eksklusif. *Jurnal Pengabdian Kesehatan Beguai Jejama*, 5(1), 10–18.
- Suratman, J. A. M., Damayanti, N. A., & Azzahla, W. T. (2023). *Analisis faktor yang mempengaruhi praktik kolaborasi interprofesi dan lintas sektor dalam intervensi prioritas penurunan stunting di wilayah Puskesmas Ujungpangkah. Jurnal Ners*, 7(2), 858–863. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i2.14510>
- Surtimanah, T., Sjamsuddin, I. N., Ruhyat, E., & Pamungkas, G. (2025). Peningkatan pengetahuan kader tentang posyandu di era transformasi layanan kesehatan primer. *Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat*, 9(1), 55–63.
- Tangerang. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Mandira Cendikia*, 3(6), 133–141.
- World Health Organization. (2023). *Enhancing the role of community health workers through collaborative practice*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072713>
- Zaremba, H., Bogweh Nchanji, E., Djurfeldt, N. G., North, H., & Slavchevska, V. (2024). Emic definitions of empowerment for just development: Learnings from Kenya. *CABI Agriculture and Bioscience*, 5, Article 33. <https://doi.org/10.1186/s43170-024-00238-x>

G. Glosarium

A

Anamnesa: Proses pengumpulan informasi mengenai riwayat kesehatan pasien melalui wawancara dengan pasien atau keluarga pasien. Dalam konteks medis, anamnesa dilakukan untuk memahami keluhan, gejala, riwayat penyakit, dan faktor risiko yang dapat membantu dalam proses diagnosis dan perencanaan pengobatan.

Android: Sistem operasi perangkat mobile

Antenatal Care: Perawatan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil selama masa kehamilan

B

BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah): Kondisi ketika bayi yang baru lahir memiliki berat badan yang lebih rendah dari normal, yaitu kurang dari 2.500 gram, terlepas dari usia kehamilannya.

C

CPD (Cephalo Pelvic Disproportion): adalah kondisi yang terjadi ketika ukuran kepala bayi terlalu besar atau panggul ibu terlalu sempit untuk memungkinkan kelahiran normal.

D

Diagnosis: proses identifikasi penyakit atau kondisi medis berdasarkan gejala, tanda-tanda klinis, hasil pemeriksaan fisik, serta hasil laboratorium dan diagnostik lainnya.

E

Efisiensi: Tingkat kemampuan untuk mencapai hasil yang maksimal dengan penggunaan sumber daya yang minimal.

Eklampsia : Kondisi medis yang berbahaya selama kehamilan yang ditandai dengan kejang-kejang yang terjadi setelah preeklampsia, yaitu kondisi hipertensi (tekanan darah tinggi) yang disertai dengan adanya protein dalam urine.

PROFIL PENULIS



Ana Rofika, S.S.T., M.Kes., M.Keb. lahir di Pati pada tanggal 8 Mei 1992. Penulis menempuh pendidikan Diploma III Kebidanan di Ngudi Waluyo dan lulus pada tahun 2013. Selanjutnya, Melanjutkan studi Diploma IV Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang yang diselesaikan pada tahun 2015. Penulis kemudian meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat dari Universitas Negeri Semarang (UNNES) pada tahun 2018 dan Magister Kebidanan dari Universitas 'Aisyiyah (UNISA) Yogyakarta pada tahun 2024. Saat ini, penulis tengah menempuh program doktoral di bidang Kesehatan Masyarakat di UNNES. Sebagai tenaga akademik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bakti Utama Pati, penulis aktif dalam melaksanakan berbagai kegiatan tridharma perguruan tinggi, antara lain penulisan buku, publikasi ilmiah, seminar, serta pengabdian masyarakat. Komitmennya terhadap pengembangan ilmu dan pelayanan kesehatan turut memberikan kontribusi signifikan bagi peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan di komunitas.

Penulis dapat dihubungi melalui email: anna@stikesbup.ac.id

Motto: "Mengabdikan dengan ilmu, memberdayakan dengan hati"



Ns. Suci Hardianti, S. Kep., M. Kep. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Bhakti Kencana Bandung lulus pada tahun 2021. Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Jenderal Achmad Yani lulus pada tahun 2023. Sejak tahun 2023 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di Akademi Keperawatan RS Efarina Purwakarta. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional. Penulis dapat dihubungi melalui email

sucihardianti167@gmail.com

Motto: «Sebaik-baiknya individu adalah yang bisa bermanfaat untuk oranglain»

PROFIL PENULIS



Dr. Meira Erawati, S.Kep., Ns., M.Si.Med Lahir di Kabupaten Semarang sebagai anak bungsu dari lima bersaudara. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2001. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Diponegoro dengan konsentrasi Konseling Genetika dan lulus tahun pada tahun 2009. Pada tahun 2019 dinyatakan lulus dari Program studi Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan dari Universitas Diponegoro. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2001-2003 sebagai staf pengajar di Akademi keperawatan Bhakti Mulia Sukoharjo, dan melanjutkan mengabdikan di Universitas Diponegoro sejak tahun 2003 hingga sekarang. Saat ini penulis mengampu mata kuliah keperawatan anak, riset keperawatan, dan Publikasi Ilmiah. Penulis aktif dalam pengelolaan jurnal Nurse Media Journal of Nursing yang saat ini sudah terindeks SCOPUS dengan peringkat Q2 dan sebagai reviewer di berbagai jurnal nasional maupun internasional
Motto: "Getting better day by day"



Dr. Anita Dewi Prahastuti Sujoso, S.KM.M.Sc Lahir di Madiun, 10 Juli 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2003. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Kerja Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan lulus tahun pada tahun 2008. Pendidikan doktoral ditempuh pada Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, pada tahun 2020. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2003 sebagai dosen pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Saat ini penulis bekerja di Universitas Jember mengampu mata kuliah K3 Dasar, Higiene Industri, Ergonomi dan Fisiologi Kerja. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar yang terkait dengan K3, Higiene Industri dan Ergonomi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: anitadewips@unej.ac.id
Motto: *nothing is impossible*

PROFIL PENULIS



I Gusti Agung Ari Widarti, DCN, M.Kes. Lahir di Denpasar, 21 September 1963. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Diploma IV Gizi, Universitas Indonesia tahun 1991. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gajah Mada dan lulus tahun 2001. Saat ini penulis sebagai dosen tetap pada Program Studi Gizi dan Dietetika Program Sarjana Terapan Poltekkes Kemenkes Denpasar mengampu mata kuliah Gizi Kuliner, Ilmu Gizi, Tumbuh Kembang Anak, Konseling Gizi. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui email.ariwidarti@gmail.com



Ns. Musripah M., Kep Sp. Kep. K Lahir di Purworejo Klampok, 18 April 1975. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S2 Keperawatan pada Universitas Muhammadiyah Jakarta lulus tahun 2020. Kemudian melanjutkan Spesialis Keperawatan Komunitas pada Universitas Muhammadiyah Jakarta dan lulus tahun 2023. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1997 hingga tahun 2019 sebagai Praktisi pada RS Hermina dengan Jabatan terakhir sebagai Manajer Keperawatan. Kemudian tahun 2020 penulis masuk ke pendidikan di Politeknik Kesehatan Hermina sebagai wakil direktur 2 bidang umum dan keuangan, kemudian di Akademi Keperawatan Hermina Manggala Husada dengan jabatan terakhir sebagai Direktur. Saat ini penulis bekerja di Institut Kesehatan Hermina sebagai Ka. Prodi pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Institut Kesehatan Hermina dan mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, Keherminaan, etika keperawatan, promosi kesehatan, Manajemen Patient Safety, dan Metodologi Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, penelitian, Pengabdian kepada masyarakat dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: musripah75dhea@gmail.com
Motto: " pantang menyerah gagal bukan berarti segalanya berakhir"

PROFIL PENULIS



Siti Solihat Holida, S.Kp., MM., M.Kep. lahir di Bandung pada 28 Juli 1973. Pendidikan tinggi penulis diawali dengan menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Otten Bandung pada tahun 1995. Selanjutnya, penulis menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2001. Pendidikan magister ditempuh di Universitas Winaya Mukti pada Program Magister Manajemen Pendidikan dan diselesaikan pada tahun 2016. Penulis kemudian melanjutkan dan telah menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Komunitas di Universitas Jenderal Achmad Yani Bandung I. Riwayat pekerjaan penulis dimulai sebagai perawat di Rumah Sakit Bina Sehat Dayeuhkolot, Bandung Selatan, pada tahun 1995–1996. Selanjutnya, penulis berkiprah sebagai dosen di Akademi Keperawatan Bidara Mukti Kota Bandung pada periode 1996–2008. Sejak tahun 2008 hingga saat ini, penulis aktif sebagai dosen di Universitas Bale Bandung, Fakultas Ilmu Kesehatan, dengan mata kuliah yang diampu meliputi Keperawatan Dasar, Keperawatan Keluarga, dan Keperawatan Komunitas. Penulis aktif dalam pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi, khususnya dalam bidang pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta terlibat dalam penulisan buku, publikasi ilmiah, dan kegiatan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui alamat surel ssolihat044@gmail.com



Ardila Lailatul Barik, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Jember, 07 Agustus 1992. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S-1 Keperawatan dan Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. Berangkat dari rasa keingintahuan yang tinggi terhadap pendidikan keperawatan, penulis melanjutkan studi magister di Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga Surabaya dan lulus pada Tahun 2020. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2017 sebagai tenaga freelance enumerator untuk beberapa penelitian baik penelitian dari Kementerian Kesehatan RI maupun lembaga penelitian independen. Saat ini penulis bekerja di Program Studi D-III Keperawatan, Universitas Bondowoso mengampu mata kuliah komunitas dan keluarga serta mata kuliah keperawatan dasar lainnya. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku maupun publikasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ardilabarik@gmail.com

PROFIL PENULIS



Wittin Khairani, S.Pd., M.P.H. Lahir di Jambi, 21 Nov 1970. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu diawali dari jenjang Pendidikan D3 Keperawatan (1993), dilanjutkan jenjang S1 pada Program Studi Administrasi/Manajemen Pendidikan, Universitas Negeri Padang tahun (2000). Kemudian melanjutkan pendidikan S2 tahun (2007), pada Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan : Perilaku dan Promosi Kesehatan dan lulus tahun pada tahun 2009. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1993 (**Staf pengajar Tetap pada SPK Kesdam II Sriwijaya Sumsel-Jambi (1993-1998), Staf Yankes di Dinas Kesehatan Propinsi Jambi (1998-1999), Dosen Tetap pada Poltekkes Kemenkes Bandar Lampung (1999-2002), Dosen Tetap pada STIKES Harapan Ibu, Jambi (2010-2016), Dosen Tetap Poltekkes Kemenkes Jambi (2002-2021), Dosen Tetap Poltekkes Kemenkes Yogyakarta (2021-sekarang).** Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Perawatan Jiwa, Psikologi, Komunikasi, Pemberdayaan Masyarakat. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tri-Dharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku dan Publikasi Jurnal Nasional dan Internasional. Penulis juga aktif dalam Gerakan Sejuta Soal VI, AIPIVIKI. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: khairaniwittin@gmail.com
Motto: **"Happiness is not by chance but by choice"**

Sinopsis

Buku *Bunga Rampai Kesehatan Komunitas dan Pencegahan Penyakit: Pendekatan Lintas Profesi untuk Masyarakat Indonesia yang Lebih Sehat* menyajikan pembahasan komprehensif mengenai upaya promotif dan preventif berbasis komunitas yang relevan dengan kondisi Indonesia. Buku ini menekankan bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh determinan sosial, perilaku, lingkungan, serta kapasitas layanan di tingkat keluarga dan komunitas. Karena itu, pendekatan lintas profesi menjadi kunci untuk memastikan intervensi kesehatan lebih tepat sasaran, inklusif, dan berkelanjutan.

Bagian awal buku memaparkan landasan analitis dan penguatan layanan keluarga. **Chapter 1** membahas determinan sosial kesehatan—kerangka teori, klasifikasi, konteks Indonesia, dampaknya pada status kesehatan komunitas, serta implikasinya bagi pelayanan kesehatan komunitas dan strategi intervensi. **Chapter 2** menguraikan peran bidan, perawat, apoteker, dan ahli gizi dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), termasuk analisis 12 indikator keluarga sehat, kolaborasi interprofesi, studi kasus penanganan integratif (balita stunting dan ibu hipertensi), strategi tindak lanjut, hingga monitoring dan evaluasi program.

Selanjutnya, buku ini menyoroti pencegahan penyakit dan penguatan pemberdayaan masyarakat. **Chapter 3** membahas pencegahan penyakit menular melalui imunisasi, pengendalian TBC, HIV, dan zoonosis. **Chapter 4** mengulas pencegahan PTM berbasis Posyandu, Posbindu, dan UKBM, disertai pendekatan promotif–preventif dan pemberdayaan masyarakat. **Chapter 5** menegaskan peran gizi masyarakat dalam pencegahan stunting dan obesitas, sementara **Chapter 6** menguatkan manajemen kesehatan lingkungan melalui sanitasi, air bersih, dan higiene rumah tangga beserta indikator keberhasilannya. Pada kelompok sasaran khusus, **Chapter 7** membahas perawatan berbasis komunitas untuk lansia dan penyandang kebutuhan khusus. **Chapter 8** menampilkan strategi komunikasi kesehatan dan edukasi melalui media sosial, termasuk etika dan praktik baik. Sebagai penutup, **Chapter 9** menegaskan pemberdayaan kader dan kolaborasi interprofesi dalam intervensi komunitas, menjadikan buku ini rujukan praktis bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, kader, dan pengelola program dalam membangun masyarakat Indonesia yang lebih sehat.

Buku Bunga Rampai Kesehatan Komunitas dan Pencegahan Penyakit: Pendekatan Lintas Profesi untuk Masyarakat Indonesia yang Lebih Sehat menyajikan pembahasan komprehensif mengenai upaya promotif dan preventif berbasis komunitas yang relevan dengan kondisi Indonesia. Buku ini menekankan bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh determinan sosial, perilaku, lingkungan, serta kapasitas layanan di tingkat keluarga dan komunitas. Karena itu, pendekatan lintas profesi menjadi kunci untuk memastikan intervensi kesehatan lebih tepat sasaran, inklusif, dan berkelanjutan.

Bagian awal buku memaparkan landasan analitis dan penguatan layanan keluarga. Chapter 1 membahas determinan sosial kesehatan—kerangka teori, klasifikasi, konteks Indonesia, dampaknya pada status kesehatan komunitas, serta implikasinya bagi pelayanan kesehatan komunitas dan strategi intervensi. Chapter 2 menguraikan peran bidan, perawat, apoteker, dan ahli gizi dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), termasuk analisis 12 indikator keluarga sehat, kolaborasi interprofesi, studi kasus penanganan integratif (balita stunting dan ibu hipertensi), strategi tindak lanjut, hingga monitoring dan evaluasi program.

Selanjutnya, buku ini menyoroti pencegahan penyakit dan penguatan pemberdayaan masyarakat. Chapter 3 membahas pencegahan penyakit menular melalui imunisasi, pengendalian TBC, HIV, dan zoonosis. Chapter 4 mengulas pencegahan PTM berbasis Posyandu, Posbindu, dan UKBM, disertai pendekatan promotif-preventif dan pemberdayaan masyarakat. Chapter 5 menegaskan peran gizi masyarakat dalam pencegahan stunting dan obesitas, sementara Chapter 6 menguatkan manajemen kesehatan lingkungan melalui sanitasi, air bersih, dan higiene rumah tangga beserta indikator keberhasilannya. Pada kelompok sasaran khusus, Chapter 7 membahas perawatan berbasis komunitas untuk lansia dan penyandang kebutuhan khusus. Chapter 8 menampilkan strategi komunikasi kesehatan dan edukasi melalui media sosial, termasuk etika dan praktik baik. Sebagai penutup, Chapter 9 menegaskan pemberdayaan kader dan kolaborasi interprofesi dalam intervensi komunitas, menjadikan buku ini rujukan praktis bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, kader, dan pengelola program dalam membangun masyarakat Indonesia yang lebih sehat.

ISBN 978-634-7556-58-5



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

