ISSN 3063-9638

BAB IV
Promosi Kesehatan Anak di Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat

Ns. Kustiningsih., M.Kep., Sp.Kep., An

Promosi kesehatan merupakan upaya pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemauan, kemampuan, kesadaran untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. Dalam promosi kesehatan anak, upaya ini tidak cukup dipahami sebagai kegiatan memberikan informasi kesehatan kepada anak, melainkan fokus dalam perubahan perilaku kesehatan, penciptaan lingkungan fisik dan sosial serta kebijakan yang memihak dan mendukung kesehatan anak.

Anak tumbuh dalam lingkungan yang saling berhubungan. Keluarga membentuk kebiasaan sehari-hari, sekolah menyediakan ruang belajar dan interaksi sosial, sedangkan masyarakat menentukan pilihan apakah perilaku sehat mudah dilakukan, didukung, dan dipertahankan. Karena itu, promosi kesehatan anak perlu bergerak dari pendekatan yang berpusat pada individu menuju pendekatan ekologis yang memperhatikan hubungan antara anak, keluarga, sekolah, layanan kesehatan, dan komunitas.

A. Anak dalam Ekosistem Promosi Kesehatan

Kesehatan anak terbentuk dari hasil interaksi multifaktorial sistem meliputi, faktor biologis, psikologis, perilaku, sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan. Anak tidak memiliki kebebasan penuh untuk menentukan menu makanan yang tersedia di rumah, keamanan lingkungan bermain yang bebas bullying, kualitas informasi kesehatan yang diterima, maupun akses terhadap pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, perilaku kesehatan anak tidak otomatis mutlak menjadi tanggung jawab anak sepenuhnya. Promosi kesehatan hendaknya memperkuat kapasitas anak sekaligus memperbaiki lingkungan tempat anak hidup, belajar, bermain, dan berinteraksi.

WHO dan UNICEF menempatkan kesehatan dan kesejahteraan anak sebagai hasil dari dukungan yang berlangsung secara berkesinambungan dari orang tua, keluarga, komunitas, institusi sekitar anak, dan lingkungan yang memungkinkan anak berkembang.

Pedoman WHO tahun 2024 mengenai kunjungan well-care anak dan remaja menegaskan bahwa anak membutuhkan lingkungan yang aman dan suportif, hubungan yang responsif, kesempatan belajar, konektivitas sosial, serta dukungan terhadap otonomi sesuai tahap perkembangannya (World Health Organization [WHO], 2024). Setidaknya ada empat pilar aktivitas klinis dan promotif yang harus diperhatikan dalam setiap kunjungan well care pada anak. Aktivitas ini meliputi: Promosi Kesehatan (Health Promotion): Memberikan dukungan terhadap hal baik yang sudah dilakukan keluarga serta edukasi gizi seimbang, aktivitas fisik, dan pengasuhan yang responsif. Pencegahan Penyakit (Disease Prevention): Termasuk di dalamnya adalah pemberian imunisasi rutin serta pencegahan primer dan sekunder lainnya. Deteksi Masalah (Problem Identification): Melakukan pemeriksaan fisik, pemantauan pertumbuhan (seperti skrining obesitas), pemantauan perkembangan kognitif, motorik, emosional, sosial, serta pemeriksaan lingkungan. Bimbingan Antisipatif (Anticipatory Guidance): Memberikan nasihat dan konseling tepat waktu kepada orang tua maupun remaja mengenai tantangan kesehatan dan psikologis yang akan mereka hadapi di fase perkembangan berikutnya (World Health Organization [WHO], 2024). Perspektif tersebut menggeser orientasi pelayanan dari sekadar menemukan penyakit menuju pemeliharaan kesehatan, pencegahan masalah, dan penguatan kapasitas anak serta keluarga.

Dalam konteks Indonesia, kebutuhan tersebut menjadi semakin kompleks karena masalah kesehatan anak berlangsung secara bersamaan. Masalah kekurangan gizi belum sepenuhnya selesai, sementara kelebihan berat badan/obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, masalah kesehatan mental, penggunaan tembakau dan rokok elektronik, serta berbagai risiko cedera juga perlu ditangani. Data dan laporan UNICEF Indonesia menunjukkan bahwa lingkungan sekolah merupakan salah satu ruang strategis untuk membentuk pilihan makanan, aktivitas fisik, dan perilaku kesehatan anak. Penilaian terhadap 268 sekolah dasar di berbagai wilayah Indonesia menemukan masih adanya keterbatasan pilihan pangan sehat, edukasi gizi, dan fasilitas aktivitas fisik (UNICEF Indonesia, 2025a).

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa promosi kesehatan anak tidak seharusnya berbentuk program yang berdiri sendiri. Pendidikan gizi di sekolah, misalnya, akan lebih berpeluang menghasilkan perubahan apabila pesan yang diterima anak konsisten dengan makanan yang tersedia di kantin sekolah dan di rumah. Demikian pula edukasi aktivitas fisik akan sulit dipertahankan apabila lingkungan sekitar anak tidak aman untuk bermain

dan rentan perilaku bullying. Pendekatan ini memungkinkan tenaga kesehatan dan pendidik melihat keterkaitan tersebut dan merancang intervensi yang tidak berhenti pada peningkatan pengetahuan, melainkan menjadi satu kesatuan aksi yang terintegrasi menjadi strategi promosi kesehatan yang dapat dilaksanakan secara kolaboratif oleh keluarga, tenaga kesehatan, pendidik, pemerintah lokal, dan komunitas/lingkungan sebagai satu ekosistem yang utuh, bukan program yang terpisah.

B. Keluarga sebagai Lingkungan Utama Pembentukan Kesehatan Anak

Keluarga merupakan lingkungan pertama tempat anak belajar mengenali tubuh, kebersihan, makanan, aktivitas, istirahat, emosi, keselamatan, dan cara mencari pertolongan ketika sakit. Pengaruh keluarga tidak hanya berlangsung melalui nasihat verbal, tetapi terutama melalui contoh perilaku, pola pengasuhan, struktur kegiatan harian, aturan rumah, serta ketersediaan sumber daya. Dalam keperawatan anak, pemahaman ini sejalan dengan pendekatan family-centered care yang menempatkan keluarga sebagai mitra dalam mempertahankan kesehatan dan memenuhi kebutuhan anak (Hockenberry et al., 2023).

Orang tua berperan sebagai role model perilaku. Anak lebih mudah menginternalisasi kebiasaan ketika orang dewasa di sekitarnya melakukan perilaku yang sama secara konsisten. Orang tua yang membiasakan sarapan, mengonsumsi sayur dan buah, melakukan aktivitas fisik, menjaga kebersihan tangan dan gigi, membatasi paparan rokok, serta mengatur waktu tidur sedang memberikan pendidikan kesehatan melalui praktik sehari-hari. Karena itu, intervensi promosi kesehatan yang hanya menargetkan anak tanpa melibatkan orang tua berisiko kehilangan keberlanjutan ketika anak kembali ke rumah.

Bukti dari systematic review dan meta-analysis Kurtzhals et al. (2024) menunjukkan bahwa intervensi berbasis keluarga dapat memengaruhi sejumlah faktor risiko pada tingkat anak, termasuk indeks massa tubuh, persentase lemak tubuh, aktivitas harian, self-efficacy aktivitas fisik, konsumsi makanan ringan, dan minuman berpemanis. Temuan tersebut penting karena memperlihatkan bahwa keluarga bukan sekadar tempat penyampaian pesan kesehatan, tetapi merupakan sasaran perubahan lingkungan dan perilaku yang dapat memengaruhi outcome kesehatan anak.

Promosi kesehatan berbasis keluarga sebaiknya disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak. Pada masa bayi dan toddler, fokus dapat diarahkan pada nutrisi, imunisasi, stimulasi perkembangan, keamanan rumah, higiene, tidur, dan pembentukan

attachment, terbentuknya bonding dan ikatan batin. Pada usia prasekolah, pembelajaran dapat menggunakan bermain, rutinitas, pembiasaan cuci tangan, kebersihan gigi, pengenalan makanan sehat, aktivitas fisik, serta pengenalan emosi. Pada usia sekolah, anak mulai dilibatkan dalam pengambilan keputusan sederhana mengenai pilihan makanan, aktivitas, dan keselamatan. Pada remaja, pendekatan perlu bergeser ke dialog, negosiasi, penguatan autonomy, literasi kesehatan, kesehatan mental, kesehatan reproduksi, pencegahan penggunaan zat, dan keterampilan mengambil keputusan.

Komunikasi keluarga juga merupakan komponen penting. Komunikasi kesehatan yang terlalu menakut-nakuti dapat menimbulkan resistensi, sedangkan komunikasi yang terlalu mengontrol dapat menghambat kemandirian anak. Pendekatan yang lebih konstruktif adalah menggunakan pertanyaan terbuka, mendengarkan perspektif anak, memberikan pilihan yang realistis, menetapkan batas yang konsisten, dan menjelaskan alasan di balik aturan kesehatan. Pada remaja, ruang privat dan penghargaan terhadap kerahasiaan perlu diperhatikan sesuai konteks pelayanan kesehatan.

Literasi kesehatan keluarga menjadi semakin penting dalam lingkungan digital. Orang tua dan anak terpapar informasi kesehatan dalam jumlah besar melalui media sosial, browsing internet, video pendek, dan aplikasi. Promosi kesehatan karena itu perlu mencakup kemampuan mengenali sumber yang kredibel, memeriksa tanggal dan penulis informasi, membedakan pengalaman pribadi dari bukti ilmiah, serta mengetahui kapan harus berkonsultasi dengan tenaga kesehatan. WHO (2024) menempatkan dukungan keluarga dan akses terhadap pelayanan yang terjadwal sebagai bagian penting dalam pemeliharaan kesehatan anak dan remaja.

Dalam praktik keperawatan, asesmen keluarga dapat mencakup struktur keluarga, pola makan, aktivitas fisik, tidur, penggunaan gagdet, kebiasaan merokok di rumah, kebersihan, keselamatan, imunisasi, kesehatan gigi, kesehatan mental, penggunaan layanan kesehatan, serta hambatan sosial ekonomi. Hasil asesmen tersebut menjadi dasar untuk menentukan prioritas tindakan. Prinsipnya bukan memberikan daftar panjang instruksi, tetapi memilih perubahan yang paling penting, realistis dilaksanakan, terukur, dan dapat dipertahankan.

Promosi kesehatan keluarga juga harus menghindari pendekatan yang menyalahkan orang tua. Keluarga mungkin menghadapi keterbatasan pendapatan, waktu kerja, akses pangan sehat, ruang bermain, transportasi, pengetahuan, atau dukungan sosial. Oleh karena itu, edukasi harus disertai pemberdayaan dan rujukan terhadap sumber daya yang tersedia

dalam keluarga dan komunitas. Tenaga kesehatan perlu membantu keluarga menemukan pilihan sehat yang sesuai dengan kondisi mereka, bukan memaksakan standar perilaku yang sulit diterapkan.

C. Sekolah sebagai Ruang Strategis Promosi Kesehatan

Sekolah memiliki posisi unik karena menjangkau anak secara rutin dalam periode perkembangan yang panjang. Selain menjadi tempat memperoleh pengetahuan, sekolah merupakan lingkungan sosial yang membentuk norma, kebiasaan, rasa aman, hubungan teman sebaya, aktivitas fisik, pilihan makanan, dan kesehatan mental. WHO dan UNESCO melalui kerangka Health-Promoting Schools menekankan bahwa sekolah yang sehat bukan hanya sekolah yang memiliki kegiatan penyuluhan, tetapi sekolah yang memasukkan kesehatan dan kesejahteraan ke dalam kebijakan, kepemimpinan, kurikulum, lingkungan sosial dan fisik, kemitraan, serta layanan kesehatan (WHO & UNESCO, 2021).

Pada tahun 2026, WHO menerbitkan implementation guidance baru untuk school health services yang menegaskan sekolah sebagai platform penting untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan anak dan remaja. Pedoman tersebut mendorong pendekatan whole-school dengan perhatian pada kepemimpinan, kebijakan, akses layanan, tenaga pelaksana, kualitas, serta sebelas area prioritas implementasi (WHO, 2026). Dengan demikian, sekolah sehat harus dipandang sebagai sistem, bukan sekadar lokasi untuk melakukan pemeriksaan kesehatan.

Dalam konteks Indonesia, prinsip ini dapat dihubungkan dengan penguatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). UKS memiliki peluang besar untuk menjadi jembatan antara pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah. Namun, keberhasilan UKS tidak hanya ditentukan oleh keberadaan program atau struktur organisasi. Kualitas pelaksanaan membutuhkan kepemimpinan sekolah, keterlibatan guru, tenaga kesehatan, peserta didik, orang tua, serta dukungan lintas sektor. Penelitian mengenai peran guru PJOK dalam program kesehatan sekolah dasar di Indonesia juga memperlihatkan pentingnya peran guru dalam mendukung kegiatan UKS (Sadewa et al., 2024).

Komponen promosi kesehatan di sekolah dapat meliputi pendidikan gizi, aktivitas fisik, higiene dan sanitasi, kesehatan gigi dan mulut, imunisasi dan pencegahan penyakit menular, keselamatan dan pencegahan cedera, kesehatan mental, kesehatan reproduksi

sesuai usia, pencegahan perundungan, pencegahan penggunaan tembakau dan zat adiktif, serta literasi kesehatan digital. Pemilihan topik sebaiknya berdasarkan kebutuhan sekolah dan data lokal, bukan semata-mata mengikuti tren.

Bukti penelitian terbaru mendukung penggunaan pendekatan sekolah yang lebih komprehensif. Nikooyeh et al. (2025), melalui meta-analysis terhadap 61 studi, menemukan bahwa intervensi berbasis sekolah yang menggabungkan komponen perilaku, nutrisi, dan aktivitas fisik dapat menurunkan BMI dan BMI z-score. Guo et al. (2025) juga menemukan bahwa intervensi perilaku berbasis sekolah meningkatkan aktivitas fisik intensitas sedang pada anak dan remaja. Temuan ini menunjukkan bahwa promosi kesehatan sekolah perlu dirancang sebagai kombinasi strategi, bukan hanya penyampaian pengetahuan.

Untuk kesehatan mental, whole-school approach menjadi semakin relevan. Systematic review dan meta-analysis Lekamge et al. (2025) menempatkan intervensi whole-school dalam kerangka Health-Promoting Schools sebagai strategi yang menjanjikan untuk promosi kesehatan mental dan pencegahan perilaku berisiko pada remaja. Namun, hasil penelitian tidak selalu ditafsirkan sebagai bukti bahwa semua program sekolah otomatis efektif. Desain intervensi, kualitas implementasi, keterlibatan stakeholder, konteks sekolah, dan keberlanjutan program sangat menentukan hasil.

Pendidikan kesehatan di sekolah juga harus bersifat aktif. Dapari et al. (2025) dalam systematic review mengenai pendidikan pencegahan dengue menunjukkan pentingnya intervensi pendidikan berbasis sekolah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan. Dari perspektif pedagogis, pesan kesehatan akan lebih bermakna apabila anak berkesempatan melakukan, mendemonstrasikan, berdiskusi, memecahkan masalah, dan memperoleh umpan balik. Metode dapat berupa simulasi, permainan edukatif, peer education, proyek kelas, audit lingkungan, demonstrasi, role play, dan aktivitas berbasis masalah.

Perawat sekolah atau tenaga kesehatan yang terhubung dengan sekolah mempunyai fungsi yang lebih luas daripada menangani anak yang sakit. Systematic review Kühne dan Mugo (2025) mengidentifikasi berbagai aktivitas perawat sekolah yang berkaitan dengan promosi kesehatan dan pencegahan primer. Peran tersebut mencakup edukasi, konseling, skrining, koordinasi, pemberdayaan, dan keterhubungan dengan layanan lain. Dalam konteks Indonesia, penguatan jejaring puskesmas dan sekolah dapat membantu

memastikan bahwa kegiatan UKS tidak berhenti pada administrasi, tetapi menghasilkan tindak lanjut yang jelas.

Lingkungan fisik sekolah juga merupakan media promosi kesehatan. Kantin, toilet, tempat cuci tangan, ventilasi, ruang terbuka, lapangan, tempat duduk, keamanan lalu lintas di sekitar sekolah, dan kebijakan penjualan makanan dapat memengaruhi perilaku anak. UNICEF Indonesia (2025a) menemukan bahwa lingkungan pangan sekolah di sejumlah wilayah Indonesia masih menghadapi keterbatasan pilihan makanan sehat dan perlindungan dari pemasaran produk tidak sehat. Oleh sebab itu, pendidikan gizi akan kurang efektif apabila lingkungan sekolah secara konsisten mendorong pilihan yang berlawanan.

Tabel 1. Strategi Promosi Kesehatan Anak Berbasis Lingkungan

Lingkungan	Prioritas	Strategi utama	Indikator yang dapat dipantau
Keluarga	Pola hidup sehat dan pengasuhan	Teladan orang tua, aturan di rumah, komunikasi, literasi kesehatan, pemantauan tumbuh kembang	Perubahan kebiasaan, kepatuhan imunisasi, pola makan, tidur, aktivitas fisik
Sekolah	Lingkungan belajar yang sehat dan aman	Kurikulum, UKS, kantin sehat, aktivitas fisik, kesehatan mental, pencegahan *bullying*	Cakupan kegiatan, perubahan perilaku, kualitas lingkungan, rujukan dan tindak lanjut
Masyarakat	Lingkungan pendukung dan akses layanan	Posyandu, puskesmas, kader kesehatan, organisasi masyarakat, ruang bermain, kampanye dan kebijakan lokal	Cakupan layanan, partisipasi masyarakat, akses, keberlanjutan program
Lintas sektor	Kesinambungan dan pemerataan	Kemitraan keluarga-sekolah-puskesmas-pemerintah-komunitas, berbagi data dan evaluasi	Kejelasan peran, koordinasi, keterjangkauan, outcome kesehatan

Sumber: Disusun penulis berdasarkan WHO (2024, 2026), WHO & UNESCO (2021).

D. Masyarakat sebagai Lingkungan Pendukung Kesehatan Anak

Masyarakat merupakan lingkungan yang lebih luas tempat keluarga dan sekolah beroperasi. Ketersediaan puskesmas, posyandu, ruang bermain, transportasi, sanitasi, air bersih, keamanan jalan, makanan yang tersedia di sekitar sekolah, norma sosial, dan kegiatan komunitas dapat mempermudah atau menghambat perilaku sehat. Karena faktor tersebut berada di luar kendali satu keluarga, promosi kesehatan anak membutuhkan pendekatan berbasis komunitas dan kebijakan.

Keterlibatan masyarakat tidak berarti sekadar mengundang warga untuk menghadiri penyuluhan. Community engagement yang bermakna memberikan ruang kepada masyarakat untuk mengidentifikasi masalah, menentukan prioritas, merancang solusi, melaksanakan kegiatan, dan menilai hasil. Rapid systematic review Clark et al. (2024) menunjukkan bahwa pendekatan yang menggerakkan komunitas melalui mekanisme pemberdayaan dan dukungan sumber daya dapat memperkuat kegiatan promosi kesehatan. Pelajaran pentingnya adalah bahwa program lebih berpeluang sesuai konteks ketika masyarakat diposisikan sebagai co-producer, bukan hanya penerima intervensi.

Dalam konteks anak, aktor komunitas dapat meliputi kader kesehatan, kader posyandu, petugas puskesmas, guru, tokoh masyarakat, organisasi keagamaan, organisasi pemuda, pengelola tempat bermain, pedagang makanan, pemerintah desa atau kelurahan, serta kelompok orang tua. Masing-masing memiliki pengaruh berbeda. Kader dapat memperkuat deteksi dini dan edukasi; puskesmas menyediakan pelayanan dan rujukan; sekolah mengorganisasi pembelajaran; pemerintah lokal menciptakan regulasi dan infrastruktur; sedangkan komunitas dapat menciptakan norma sosial yang mendukung perilaku sehat.

Hubungan antara komunitas dan fasilitas kesehatan juga penting bagi anak yang membutuhkan pelayanan berkelanjutan. Iuliano et al. (2024) dalam systematic review tentang hubungan komunitas dan fasilitas kesehatan di setting dengan sumber daya terbatas menunjukkan pentingnya keterhubungan antaraktor dalam memperbaiki kesehatan anak. Bagi Indonesia, prinsip tersebut relevan untuk memperkuat kesinambungan antara kegiatan promotif-preventif di masyarakat dengan pelayanan di puskesmas dan fasilitas rujukan.

Masyarakat juga berperan dalam membentuk lingkungan pangan dan aktivitas fisik. Anak dapat memperoleh makanan dari rumah, sekolah, pedagang keliling, pusat

perbelanjaan, dan platform digital. Demikian pula aktivitas fisik dipengaruhi oleh ketersediaan ruang terbuka yang aman. Karena itu, promosi kesehatan tidak cukup mengajarkan anak memilih makanan sehat; lingkungan harus memberikan pilihan tersebut dengan harga dan akses yang masuk akal. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip health promotion yang menekankan pentingnya menciptakan lingkungan yang mendukung pilihan sehat.

Pada tingkat komunitas, komunikasi kesehatan perlu sensitif terhadap budaya. Pesan yang baik secara ilmiah dapat gagal apabila tidak sesuai dengan bahasa, nilai, kebiasaan makan, struktur keluarga, atau keyakinan lokal. Tenaga kesehatan perlu menggunakan pendekatan partisipatif untuk memahami bagaimana masyarakat mendefinisikan sehat, sakit, tumbuh kembang, makanan yang baik, serta sumber pertolongan ketika anak mengalami masalah kesehatan. Adaptasi budaya tidak berarti mengurangi standar ilmiah, tetapi memilih cara penyampaian dan implementasi yang dapat diterima.

Pendekatan berbasis komunitas juga harus mempertimbangkan pemerataan. Anak dari keluarga dengan sumber daya terbatas dapat menghadapi hambatan yang berbeda dibandingkan anak dari keluarga yang lebih mampu. Oleh karena itu, indikator keberhasilan program sebaiknya tidak hanya menggunakan rata-rata capaian populasi, tetapi juga menilai siapa yang belum terjangkau. Prinsip equity perlu menjadi bagian dari perencanaan sejak awal agar promosi kesehatan tidak secara tidak sengaja memperlebar kesenjangan.

E. Integrasi Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat sebagai Satu Sistem

Tantangan terbesar promosi kesehatan anak bukan kekurangan pesan kesehatan, melainkan fragmentasi. Keluarga dapat memberikan pesan yang berbeda dari sekolah; sekolah dapat menyelenggarakan program tanpa komunikasi dengan puskesmas; masyarakat dapat menyediakan lingkungan yang bertentangan dengan tujuan program. Karena itu, integrasi merupakan inti pendekatan ekologis. WHO dan UNESCO menempatkan school-community partnership sebagai salah satu unsur penting Health-Promoting Schools, bersama kebijakan sekolah, kepemimpinan, kurikulum, lingkungan sosial dan fisik, serta layanan kesehatan (WHO & UNESCO, 2021).

Integrasi tidak berarti semua aktor harus melakukan kegiatan yang sama. Sebaliknya, setiap aktor perlu memiliki peran yang saling melengkapi. Keluarga bertanggung jawab pada kebiasaan dan pengasuhan sehari-hari; sekolah mengintegrasikan kesehatan ke dalam

pembelajaran dan lingkungan; puskesmas menyediakan layanan, edukasi, skrining, konseling, serta rujukan; pemerintah lokal mendukung kebijakan dan sumber daya; sedangkan komunitas memperkuat norma dan dukungan sosial. Anak sendiri perlu dilibatkan sesuai kapasitas perkembangan agar promosi kesehatan tidak hanya dilakukan 'untuk' anak tetapi juga 'bersama' anak.

Koordinasi dapat dimulai dengan pemetaan kebutuhan. Sekolah dan puskesmas dapat menggunakan data sederhana mengenai status gizi, kesehatan gigi, imunisasi, aktivitas fisik, kesehatan mental, perundungan, kebersihan, atau masalah kesehatan lain yang relevan. Data individual harus dikelola sesuai prinsip kerahasiaan dan perlindungan data. Yang dibutuhkan dalam koordinasi lintas sektor bukan pertukaran seluruh data pribadi anak, tetapi informasi agregat dan mekanisme rujukan yang jelas ketika seorang anak membutuhkan layanan.

Setelah prioritas ditentukan, intervensi dapat dirancang menggunakan kerangka sederhana: masalah–penyebab–aktor–intervensi–indikator. Misalnya, apabila masalah yang ditemukan adalah tingginya konsumsi minuman berpemanis, penyebab tidak hanya kurangnya pengetahuan, tetapi juga ketersediaan produk, harga, kebiasaan keluarga, pengaruh teman sebaya, dan promosi produk. Strategi kemudian dapat mencakup edukasi anak, keterlibatan orang tua, perbaikan pilihan kantin, penguatan kebijakan sekolah, serta komunikasi komunitas. Evaluasi perlu menilai bukan hanya pengetahuan, tetapi juga perubahan lingkungan dan perilaku.

Pendekatan integratif juga membuka peluang penggunaan teknologi digital. Aplikasi, pesan singkat, platform sekolah, atau media sosial dapat membantu memperkuat edukasi, pengingat, pemantauan, dan komunikasi. Namun, teknologi bukan pengganti hubungan manusia. Anak dan keluarga tetap membutuhkan komunikasi langsung, dukungan emosional, pemeriksaan klinis ketika diperlukan, dan akses terhadap layanan. Kesenjangan akses perangkat, koneksi internet, literasi digital, serta keamanan data harus dipertimbangkan sebelum digitalisasi dijadikan strategi utama.

Keterlibatan anak menjadi prinsip yang semakin penting. Anak bukan objek pasif dari program kesehatan. Pada usia yang sesuai, anak dapat membantu mengidentifikasi masalah di sekolah, merancang pesan kesehatan, menjadi peer educator, mengembangkan proyek kebersihan, melakukan audit kantin, atau memberikan masukan terhadap layanan. Untuk remaja, meaningful participation dapat meningkatkan rasa memiliki dan relevansi program. Partisipasi harus bersifat aman, sukarela, sesuai usia, dan tidak mengeksploitasi anak.

Bagi tenaga keperawatan, integrasi tersebut memperluas peran dari pemberi edukasi menjadi educator, advocate, coordinator, collaborator, dan change agent. Kompetensi yang dibutuhkan meliputi komunikasi perkembangan, literasi kesehatan, asesmen keluarga, pendidikan kesehatan, konseling dasar, pengorganisasian komunitas, kolaborasi lintas sektor, evaluasi program, dan penggunaan teknologi secara etis. Dengan peran tersebut, perawat dapat menjembatani kebutuhan anak dengan kapasitas keluarga, sekolah, dan layanan kesehatan.

F. Strategi Implementasi dan Evaluasi Promosi Kesehatan Anak

Program promosi kesehatan yang baik harus dimulai dari masalah yang nyata dan dapat diukur. Langkah pertama adalah asesmen kebutuhan melalui data kesehatan, observasi lingkungan, wawancara, diskusi kelompok, serta masukan dari anak dan keluarga. Langkah kedua adalah menentukan prioritas berdasarkan besarnya masalah, dampak terhadap anak, kemungkinan dimodifikasi, sumber daya yang tersedia, dan kesetaraan akses. Langkah ketiga adalah menetapkan tujuan yang spesifik dan indikator yang dapat dinilai.

Intervensi sebaiknya menggunakan kombinasi strategi. Edukasi meningkatkan pengetahuan, tetapi perubahan perilaku sering memerlukan dukungan lingkungan, kesempatan berlatih, umpan balik, dan kebijakan. Karena itu, pendekatan yang lebih kuat adalah menggabungkan pendidikan, pemberdayaan, perubahan lingkungan, dukungan sosial, dan keterhubungan dengan layanan kesehatan. Bukti dari berbagai systematic review sekolah mendukung pentingnya intervensi multi-komponen, meskipun besarnya efek dapat berbeda menurut outcome dan konteks (Guo et al., 2025; Lekamge et al., 2025; Nikooyeh et al., 2025).

Evaluasi perlu dilakukan pada beberapa tingkat. Evaluasi proses menilai apakah kegiatan benar-benar terlaksana, siapa yang berpartisipasi, dan apakah komponen intervensi diberikan sesuai rencana. Evaluasi output menilai perubahan langsung seperti pengetahuan, self-efficacy, keterampilan, atau akses terhadap layanan. Evaluasi outcome menilai perubahan perilaku dan status kesehatan, misalnya aktivitas fisik, pola makan, status gizi, kesehatan mental, kebersihan, atau kejadian penyakit. Jika memungkinkan, evaluasi dampak menilai perubahan yang lebih luas dan berkelanjutan.

Kualitas implementasi perlu diperhatikan karena intervensi yang efektif dalam penelitian dapat menghasilkan efek yang berbeda ketika diterapkan di lapangan. WHO

(2026) menekankan kebutuhan terhadap kepemimpinan, kebijakan, tenaga pelaksana, akses, dan kualitas dalam implementasi layanan kesehatan sekolah. Oleh karena itu, evaluasi sebaiknya mencatat faktor konteks seperti dukungan kepala sekolah, beban kerja guru, ketersediaan tenaga kesehatan, fasilitas, dukungan orang tua, kebijakan lokal, dan keterjangkauan program.

Keberlanjutan merupakan indikator penting. Program yang hanya aktif selama satu bulan karena adanya proyek atau pendanaan tertentu belum dapat disebut berhasil apabila tidak dapat dipertahankan. Strategi keberlanjutan meliputi integrasi kegiatan ke dalam program rutin sekolah dan puskesmas, pelatihan kader lokal, penggunaan sumber daya yang tersedia, penguatan kepemimpinan, dokumentasi prosedur, serta evaluasi berkala. Program juga perlu memiliki mekanisme regenerasi agar tidak bergantung pada satu orang.

Dalam konteks Indonesia, penguatan promosi kesehatan anak dapat memanfaatkan struktur yang sudah ada, seperti UKS, puskesmas, posyandu, sekolah, organisasi orang tua, dan pemerintah desa atau kelurahan. UNICEF Indonesia menunjukkan bahwa intervensi gizi berbasis sekolah yang melibatkan edukasi, lingkungan pangan, tenaga pendidik, tenaga kesehatan, dan komunitas dapat dikembangkan melalui sistem lokal. Pendekatan tersebut lebih realistis dibandingkan membuat struktur baru untuk setiap masalah kesehatan.

Etika juga menjadi bagian dari implementasi. Promosi kesehatan tidak boleh memberi stigma kepada anak dengan obesitas, anak dengan masalah kesehatan mental, anak dengan penyakit kronis, atau keluarga dengan keterbatasan ekonomi. Bahasa yang digunakan harus menghormati martabat anak. Informasi kesehatan harus akurat, proporsional, dan sesuai usia. Dalam penggunaan aplikasi atau sistem digital, keamanan data, persetujuan, akses terbatas, dan tujuan penggunaan data perlu ditetapkan sejak awal.

G. Arah Pengembangan Promosi Kesehatan Anak di Masa Mendatang

Arah pengembangan promosi kesehatan anak perlu bergerak dari program yang terpisah menuju sistem yang terintegrasi, berkelanjutan, dan berorientasi pada determinan kesehatan. Perubahan pola penyakit anak menuntut pendekatan yang tidak hanya berfokus pada penyakit menular, tetapi juga gizi, aktivitas fisik, tidur, kesehatan mental, keselamatan, kesehatan reproduksi, paparan tembakau dan rokok elektronik, serta dampak lingkungan digital. Profil kesehatan remaja Indonesia 2024 yang diterbitkan UNICEF menekankan perlunya kolaborasi lintas sektor, penguatan layanan ramah remaja, pencegahan penyakit

tidak menular, kesehatan mental, dan pemanfaatan inovasi digital (UNICEF Indonesia, 2025b).

Pertama, promosi kesehatan harus semakin child-centred. Anak perlu dipandang sebagai individu yang memiliki suara, kemampuan, kebutuhan perkembangan, dan hak untuk memperoleh informasi kesehatan yang sesuai. Kedua, pendekatan family-centred perlu diperkuat agar perubahan yang terjadi di sekolah memiliki kesinambungan di rumah. Ketiga, whole-school approach perlu diterjemahkan menjadi kebijakan dan lingkungan nyata, bukan hanya kegiatan seremonial. Keempat, community engagement perlu diarahkan pada pemberdayaan sehingga masyarakat ikut memiliki program.

Kelima, digital health dapat digunakan untuk memperluas jangkauan edukasi dan dukungan, tetapi harus mengikuti prinsip evidence-based practice, usability, accessibility, privacy, dan equity. Keenam, penelitian implementasi perlu diperkuat untuk menjawab bukan hanya 'apakah intervensi bekerja?', tetapi juga 'untuk siapa?', 'dalam kondisi apa?', 'mengapa berhasil atau tidak?', dan 'bagaimana mempertahankannya?'. Pertanyaan-pertanyaan tersebut penting agar bukti ilmiah dapat diterjemahkan menjadi kebijakan dan praktik yang sesuai konteks Indonesia.

Pada akhirnya, ukuran keberhasilan promosi kesehatan anak bukan jumlah penyuluhan yang dilakukan. Keberhasilan terlihat ketika keluarga lebih mampu menciptakan kebiasaan sehat, sekolah menjadi tempat yang aman dan mendukung, masyarakat menyediakan lingkungan yang memungkinkan pilihan sehat, serta anak memiliki pengetahuan, keterampilan, kepercayaan diri, dan dukungan untuk menjaga kesehatannya. Dengan cara pandang ini, promosi kesehatan menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari, bukan kegiatan tambahan yang hanya muncul ketika ada program.

Berdasarkan pembahasan tersebut, institusi pendidikan perlu mengintegrasikan kesehatan ke dalam kurikulum dan lingkungan sekolah. Puskesmas perlu memperkuat kemitraan dengan sekolah dan keluarga melalui asesmen, edukasi, skrining, konseling, serta rujukan yang terkoordinasi. Keluarga perlu diberdayakan sebagai mitra utama dalam pembentukan perilaku. Pemerintah daerah perlu mendukung lingkungan pangan, aktivitas fisik, sanitasi, keselamatan, dan kesehatan mental yang ramah anak. Akademisi dan peneliti perlu menghasilkan bukti implementasi yang relevan dengan konteks lokal. Semua pihak perlu melibatkan anak dalam proses perencanaan dan evaluasi sesuai usia dan kapasitasnya.

Dengan demikian, promosi kesehatan anak di keluarga, sekolah, dan masyarakat bukan tiga agenda yang berdiri sendiri, melainkan satu rangkaian lingkungan yang saling memengaruhi. Ketika pesan, kebijakan, lingkungan, dan layanan bergerak dalam arah yang sama, peluang anak untuk tumbuh sehat menjadi lebih besar. Pendekatan ekologis yang terintegrasi tersebut merupakan dasar penting untuk membangun generasi yang sehat, tangguh, berdaya, dan mampu berpartisipasi dalam menjaga kesehatan dirinya serta lingkungannya.

Referensi

Clark, E. C., Baidoobonso, S., Phillips, K. A. M., Noonan, L. L., Bakker, J., Burnett, T., Stoby, K., & Dobbins, M. (2024). Mobilizing community-driven health promotion through community granting programs: A rapid systematic review. BMC Public Health, 24, 932. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18443-8

Dapari, R., Jumidey, A. Q., Manaf, R. A., Ahmad Zamzuri, M. 'A. I., Hassan, M. R., Che Dom, N., & Syed Abdul Rahim, S. S. (2025). School-based health education effect on knowledge, attitude, and practices of dengue prevention among school children: A systematic review. Discover Social Science & Health, 5, 31. https://doi.org/10.1007/s44155-025-00181-w

Guo, L., He, H., & Wang, C. (2025). Are school-based behavioural interventions an effective strategy for improving physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents? A meta-analysis. Frontiers in Pediatrics, 13, 1532035. https://doi.org/10.3389/fped.2025.1532035

Hockenberry, M. J., Duffy, E. A., & Gibbs, K. (2023). Wong's nursing care of infants and children (12th ed.). Elsevier.

Iuliano, A., Burgess, R. A., Shittu, F., et al. (2024). Linking communities and health facilities to improve child health in low-resource settings: A systematic review. Health Policy and Planning, 39(6), 613–635. https://doi.org/10.1093/heapol/czae028

Kühne, L., & Mugo, F. (2025). Investigating primary school nurses' activities that are effective in health promotion and primary prevention: A systematic review. Journal of School Health, 95(8), 649–667. https://doi.org/10.1111/josh.70027

Lekamge, R. B., Jain, R., Sheen, J., et al. (2025). Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of whole-school interventions promoting mental health and preventing risk

behaviours in adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 54, 271–289. https://doi.org/10.1007/s10964-025-02135-6

Nikooyeh, B., Yari, Z., Hariri, Z., Baghdadi, G., Yazdani, H., Motlagh, M. E., & Neyestani, T. R. (2025). Which school-based interventions work better to combat obesity in children? A network meta-analysis. Systematic Reviews, 14, 125. https://doi.org/10.1186/s13643-025-02871-7

Sadewa, Y. R., Saputra, D. E. W., & Sunaryo. (2024). Peran guru PJOK dalam mendukung program kesehatan sekolah dasar. Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia, 20(1). https://doi.org/10.21831/jpji.v20i1.72664

UNICEF Indonesia. (2025a). Nutrition environment assessment toolkit for schools (NEAT-S) in Indonesia: Identifying barriers to healthy school nutrition environments to strengthen policies and programmes. UNICEF Indonesia.

UNICEF Indonesia. (2025b). Indonesia adolescent health profile 2024: Advancing adolescent health in Indonesia. UNICEF Indonesia.

World Health Organization. (2024). Improving the health and wellbeing of children and adolescents: Guidance on scheduled child and adolescent well-care visits. World Health Organization. https://doi.org/10.2471/9789240085336

World Health Organization. (2026). Making every school a health-promoting school: Implementation guidance for school health services. World Health Organization. https://doi.org/10.2471/9789240118966

World Health Organization, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators for health-promoting schools and systems. World Health Organization. https://doi.org/10.2471/9789240025059