

INTERVENSI *COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY INTERVENTION* (CBPI) SEBAGAI PENDEKATAN UNTUK PENDAMPINGAN DAN PENINGKATAN MOTIVASI KADER JIWA.

Imam Zainuri^{1*}, Lilik Marifatul Azizah¹, Amar Akbar, Siti Khotijah¹

¹Universitas Bina Sehat, Mojokerto, Indonesia

Corresponding author :imamznppni@gmail.com

Keyword	ABSTRAK
<i>Community-based participatory intervention</i> (CBPI) , Motivasi, Kader Jiwa	<i>Community-Based Participatory Intervention</i> (CBPI) merupakan pendekatan intervensi yang menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program. Pendekatan ini menjadi sangat penting karena banyak program pembangunan dan kesehatan masyarakat yang gagal mencapai tujuan akibat minimnya keterlibatan masyarakat sasaran. Intervensi yang bersifat <i>top-down</i> sering kali tidak sesuai dengan kebutuhan riil, nilai budaya, serta kondisi sosial ekonomi masyarakat, sehingga dampaknya tidak berkelanjutan. CBPI menekankan kolaborasi aktif antara peneliti, praktisi, pemangku kepentingan, dan masyarakat lokal. Dengan melibatkan masyarakat secara langsung, intervensi yang dirancang menjadi lebih kontekstual, relevan, dan dapat diterima. Partisipasi masyarakat juga meningkatkan rasa memiliki (<i>sense of ownership</i>) terhadap program, sehingga mendorong keberlanjutan dan efektivitas intervensi dalam jangka panjang. Selain itu, pendekatan ini memberdayakan masyarakat melalui peningkatan kapasitas, pengetahuan, dan keterampilan dalam mengidentifikasi serta menyelesaikan permasalahan yang mereka hadapi sendiri. Pentingnya CBPI juga terlihat dari kemampuannya mengurangi kesenjangan sosial dan meningkatkan keadilan. Kelompok rentan yang sering terpinggirkan mendapatkan ruang untuk menyuarakan kebutuhan dan aspirasinya. Dalam konteks kesehatan, pendidikan, dan pembangunan sosial, CBPI terbukti mampu menghasilkan perubahan perilaku yang lebih signifikan karena solusi berasal dari pengalaman dan kearifan lokal masyarakat. Oleh karena itu, penerapan <i>Community-Based Participatory Intervention</i> menjadi strategi yang strategis dan berkelanjutan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh.

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Perkembangan masalah kesehatan masyarakat saat ini semakin kompleks, dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan. Pendekatan pelayanan kesehatan yang bersifat *top-down* sering kali belum mampu menjawab kebutuhan nyata masyarakat secara optimal, karena kurang melibatkan partisipasi aktif komunitas dalam proses perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program kesehatan. Akibatnya, berbagai intervensi yang dilakukan menjadi kurang efektif, tidak berkelanjutan, dan minim dampak jangka panjang.

Dalam konteks keperawatan, perawat tidak hanya berperan sebagai pemberi asuhan klinis, tetapi juga sebagai agen perubahan yang berfokus pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, dibutuhkan pendekatan yang mampu menjembatani kebutuhan masyarakat dengan pelayanan kesehatan secara lebih inklusif dan kontekstual. *Community-Based Participatory Intervention* (CBPI) menjadi salah satu pendekatan yang relevan karena menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif, bukan sekadar objek intervensi.

CBPI menekankan kolaborasi antara tenaga kesehatan, khususnya perawat, dengan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah, menentukan prioritas, serta merancang dan melaksanakan solusi yang sesuai dengan kondisi lokal. Dengan melibatkan masyarakat secara langsung, intervensi yang dilakukan cenderung lebih tepat sasaran, meningkatkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*), serta mendorong keberlanjutan program kesehatan.

Pentingnya CBPI dalam keperawatan juga terlihat dari kemampuannya dalam meningkatkan pemberdayaan masyarakat, memperkuat kapasitas individu dan kelompok, serta membangun kepercayaan antara tenaga kesehatan dan komunitas. Hal ini sejalan dengan paradigma keperawatan komunitas yang menekankan pada promotif dan preventif, bukan hanya kuratif. Selain itu, CBPI juga berkontribusi dalam mengurangi kesenjangan akses dan kualitas layanan kesehatan, terutama pada kelompok rentan.

Dengan demikian, penerapan *Community-Based Participatory Intervention* dalam praktik keperawatan menjadi sangat penting sebagai strategi untuk meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan, memperkuat peran perawat di masyarakat, serta mencapai derajat kesehatan yang lebih optimal secara berkelanjutan.

TARGET DAN LUARAN

Target

- a. Kelompok Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Puskesmas Gedongan
- b. Keluarga dengan salah satu anggotanya mengalami Gangguan Jiwa
- c. Para tokoh Masyarakat di wilayah Puskesmas Gedongan
- d. Pemangku kebijakan di wilayah Puskesmas Gedongan

Luaran

- a. Publikasi artikel pengabmas pada jurnal pengabdian .
- b. Pokok bahasan dalam Buku Ajar Kesehatan Jiwa

METODE PELAKSANAAN

Langkah awal adalah membangun hubungan dan pemahaman komunitas sebelum melakukan intervensi apa pun.

Secara konkret, perawat perlu:

1. Melakukan pendekatan ke tokoh masyarakat dan stakeholder lokal (ketua RT/RW, kader kesehatan, tokoh agama, dll.) Untuk membuka akses dan kepercayaan.
2. Mengenal karakteristik komunitas: kondisi sosial, budaya, kebiasaan kesehatan, serta masalah yang dirasakan masyarakat.

3. Melakukan asesmen awal (*community assessment*) melalui observasi, wawancara, atau diskusi kelompok.

4. Mengidentifikasi masalah bersama masyarakat, bukan berdasarkan asumsi tenaga kesehatan saja.

Intinya, pada tahap awal ini perawat berperan sebagai pendengar dan fasilitator, bukan langsung sebagai “pemberi solusi”.

Tahapan CBPI dalam Keperawatan

1. *Engagement* (Keterlibatan & Membangun Kepercayaan)

Tahap ini fokus pada membangun hubungan yang setara dengan komunitas. Perawat mulai menjalin komunikasi, memahami nilai lokal, dan menciptakan rasa saling percaya.

2. *Assessment* (Pengkajian Partisipatif)

Pengumpulan data dilakukan bersama masyarakat:

- Identifikasi masalah kesehatan
- Faktor risiko
- Sumber daya yang tersedia

Metode bisa berupa survei, FGD, atau pemetaan komunitas.

3. *Prioritization* (Penentuan Prioritas Masalah)

Masalah yang ditemukan tidak semuanya ditangani sekaligus. Perawat dan masyarakat bersama-sama menentukan:

- Masalah yang paling mendesak
- Masalah yang paling mungkin ditangani dengan sumber daya yang ada

4. *Planning* (Perencanaan Intervensi)

Menyusun rencana program secara kolaboratif:

- Menentukan tujuan
- Menyusun kegiatan
- Membagi peran (masyarakat dan tenaga kesehatan)
- Menentukan indikator keberhasilan

5. *Implementation* (Pelaksanaan)

Program dijalankan dengan keterlibatan aktif masyarakat, misalnya:

- Edukasi kesehatan berbasis komunitas
- Pelatihan kader
- Kegiatan promotif dan preventif

Perawat tetap berperan sebagai pendamping, bukan pelaksana tunggal.

6. *Evaluation* (Evaluasi Bersama)

Menilai keberhasilan program:

- Apakah tujuan tercapai?
- Apa kendala yang muncul?
- Apa yang perlu diperbaiki?

Evaluasi dilakukan bersama agar masyarakat merasa memiliki program tersebut.

7. *Sustainability* (Keberlanjutan)

Tahap ini sering diabaikan, padahal sangat penting. Fokusnya:

- Meningkatkan kemandirian masyarakat
- Memastikan program tetap berjalan tanpa ketergantungan penuh pada tenaga kesehatan

HASIL DAN PEMBAHASAN

LAPORAN HASIL CBPI KADER KESEHATAN JIWA

A. IDENTITAS KEGIATAN

Nama Kegiatan:

Community Based Program Implementation (CBPI) Kader Kesehatan Jiwa

Lokasi:

Desa/Kelurahan: Gedongan

Kecamatan: Gedongan

Kabupaten/Kota : Mojokerto_

Pelaksana:

- Puskesmas
- Kader Kesehatan Jiwa
- Perawat Jiwa
- Tokoh Masyarakat
- Pemerintah Desa/Kelurahan

Gambaran umum : Puskesmas Gedongan memiliki luas wilayah 10.46 (Ha) dengan jumlah Posyandu 41. Kader Posyandu yang aktif sebanyak 324 kader, sedangkan untuk kader kesehatan jiwa sebanyak 46 kader.

B. TUJUAN KEGIATAN

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mencegah, dan menangani masalah kesehatan jiwa melalui pemberdayaan kader kesehatan jiwa berbasis komunitas.

2. Tujuan Khusus

- Mengidentifikasi masalah kesehatan jiwa di masyarakat.
- Meningkatkan pengetahuan kader tentang kesehatan jiwa.
- Menentukan prioritas masalah kesehatan jiwa.
- Menyusun rencana intervensi komunitas.
- Melaksanakan kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- Mengevaluasi hasil kegiatan kader kesehatan jiwa.
- Menjaga keberlanjutan program kesehatan jiwa masyarakat.

C. HASIL KEGIATAN BERDASARKAN TAHAPAN CBPI

1. ENGAGEMENT (PENDEKATAN DAN PEMBANGUNAN HUBUNGAN)

Tujuan : Membangun hubungan kerja sama antara petugas kesehatan, kader kesehatan jiwa, tokoh masyarakat, dan warga.

Kegiatan yang dilakukan

- Koordinasi dengan kepala desa/lurah.
- Sosialisasi program kesehatan jiwa kepada masyarakat.
- Pertemuan dengan tokoh masyarakat dan kader.
- Pembentukan tim kader kesehatan jiwa.

Hasil

- Masyarakat menerima program dengan baik.
- Terbentuk kelompok kader kesehatan jiwa sebanyak 46 orang.
- Tercipta komitmen kerja sama antara puskesmas dan masyarakat.
- Tokoh masyarakat mendukung pelaksanaan program.

Hambatan

- Masih terdapat stigma terhadap gangguan jiwa.
- Sebagian masyarakat belum memahami pentingnya kesehatan jiwa.

Solusi

- Memberikan edukasi secara bertahap.
- Menggunakan pendekatan persuasif dan kekeluargaan.

2. ASSESSMENT (PENGKAJIAN)

Tujuan : Mengidentifikasi kondisi kesehatan jiwa masyarakat dan faktor pendukung maupun penghambat.

Metode Pengkajian

- Wawancara
- Observasi
- Kunjungan rumah
- Pengisian kuesioner
- Diskusi kelompok

Hasil Pengkajian

Ditemukan beberapa masalah kesehatan jiwa, antara lain:

1. Perlunya peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa.
2. Adanya pasien gangguan jiwa yang belum rutin berobat.
3. Tingginya stres pada keluarga akibat masalah ekonomi.
4. Rendahnya dukungan sosial terhadap ODGJ.
5. Masih adanya stigma dan diskriminasi.

Analisis Masalah

Masalah kesehatan jiwa dipengaruhi oleh:

- Faktor ekonomi
- Kurangnya edukasi
- Dukungan keluarga rendah
- Akses layanan kesehatan terbatas

3. PRIORITIZATION (PENENTUAN PRIORITAS MASALAH)

Tujuan : Menentukan masalah utama yang harus segera ditangani.

Metode Penentuan Prioritas

- Musyawarah masyarakat
- Skoring masalah
- Diskusi kader dan petugas kesehatan

Hasil Prioritas Masalah

Prioritas Utama:

1. Rendahnya kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.
2. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang perawatan ODGJ.

3. Tingginya stigma masyarakat terhadap ODGJ.

Alasan Penetapan Prioritas

- Berdampak besar terhadap kualitas hidup pasien.
- Memiliki risiko kekambuhan tinggi.
- Dapat ditangani melalui pemberdayaan kader.

4. PLANNING (PERENCANAAN)

Tujuan : Menyusun rencana kegiatan untuk mengatasi masalah prioritas.

Rencana Kegiatan

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Waktu
1	Penyuluhan kesehatan jiwa	Meningkatkan pengetahuan Masyarakat	Warga	
2	Kunjungan rumah	Memantau kondisi pasien	ODGJ & keluarga	
3	Pelatihan kader	Meningkatkan keterampilan kader	Kader	
4	Pendampingan minum obat	Meningkatkan kepatuhan	ODGJ	
5	Support group keluarga	Meningkatkan dukungan keluarga	Keluarga pasien	

Sumber Daya :

1. Tenaga kesehatan
2. Kader kesehatan jiwa
3. Dana desa/puskesmas
4. Media edukasi

5. IMPLEMENTATION (PELAKSANAAN)

Tujuan : Melaksanakan kegiatan sesuai rencana yang telah disusun.

Kegiatan yang Dilaksanakan

a. Penyuluhan Kesehatan Jiwa

Materi:

- Pengertian kesehatan jiwa
- Tanda gangguan jiwa
- Pencegahan stres
- Cara merawat ODGJ

Hasil:

- Masyarakat lebih memahami kesehatan jiwa.
- Peserta aktif bertanya dan berdiskusi.

b. Kunjungan Rumah

Kegiatan:

- Memantau kondisi pasien
- Memastikan kepatuhan obat

- Memberikan dukungan keluarga
Hasil:
 - Pasien lebih rutin minum obat.
 - Keluarga lebih aktif dalam perawatan.
- c. Pelatihan Kader
- Materi:
- Deteksi dini gangguan jiwa
 - Teknik komunikasi terapeutik
 - Pendokumentasian kasus
- Hasil:
- Kader mampu melakukan deteksi dini.
 - Kader aktif melakukan pendampingan.
- d. Pendampingan ODGJ
- Hasil:
- Penurunan angka pasien putus obat.
 - Meningkatnya kunjungan kontrol ke puskesmas.

6. EVALUATION (EVALUASI)

Tujuan : Menilai keberhasilan program yang telah dilaksanakan.

Indikator Evaluasi

Indikator	Sebelum	Sesudah
Pengetahuan masyarakat	Rendah	Meningkat
Kepatuhan minum obat	50%	85%
Kunjungan control	Rendah	Meningkat
Stigma Masyarakat	Tinggi	Menurun

Hasil Evaluasi

- Program berjalan sesuai rencana.
- Pengetahuan kader dan masyarakat meningkat.
- Kepatuhan pengobatan pasien meningkat.
- Dukungan keluarga terhadap pasien lebih baik.

Kendala

- Keterbatasan waktu kader.
- Beberapa keluarga kurang kooperatif.

Rekomendasi

- Pelatihan kader dilakukan rutin.
- Penguatan kerja sama lintas sektor.
- Monitoring berkala oleh puskesmas.

7. SUSTAINABILITY (KEBERLANJUTAN)

Tujuan : Menjamin program kesehatan jiwa tetap berjalan secara berkesinambungan.

Upaya Keberlanjutan

1. Pembentukan kelompok kader tetap.

2. Pertemuan rutin kader setiap bulan.
3. Monitoring berkala oleh puskesmas.
4. Kerja sama dengan pemerintah desa.
5. Integrasi program kesehatan jiwa dengan posyandu dan program desa sehat.
6. Pelatihan lanjutan bagi kader.
7. Pengembangan edukasi kesehatan jiwa masyarakat.

Harapan Ke Depan

- Terbentuk masyarakat peduli kesehatan jiwa.
- Penurunan angka kekambuhan ODGJ.
- Meningkatnya kualitas hidup pasien dan keluarga.

4.2 PEMBAHASAN PELAKSANAAN CBPI KADER KESEHATAN JIWA

Pelaksanaan Community Based Program Implementation (CBPI) kader kesehatan jiwa merupakan suatu pendekatan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mencegah, dan menangani masalah kesehatan jiwa di lingkungan sekitar. Program ini dilaksanakan melalui beberapa tahapan sistematis meliputi engagement, assessment, prioritization, planning, implementation, evaluation, dan sustainability. Setiap tahapan memiliki peran penting dalam keberhasilan program kesehatan jiwa berbasis komunitas.

1. ENGAGEMENT (PENDEKATAN)

Tahap engagement merupakan tahap awal dalam pelaksanaan CBPI yang bertujuan membangun hubungan kerja sama dan kepercayaan antara petugas kesehatan, kader kesehatan jiwa, tokoh masyarakat, serta masyarakat setempat. Pada tahap ini dilakukan pendekatan kepada perangkat desa, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan keluarga pasien untuk memperkenalkan program kesehatan jiwa berbasis masyarakat.

Pelaksanaan engagement dilakukan melalui kegiatan sosialisasi program, pertemuan warga, serta koordinasi lintas sektor dengan pihak puskesmas dan pemerintah desa. Kegiatan ini sangat penting karena keberhasilan program sangat dipengaruhi oleh dukungan masyarakat dan stakeholder setempat.

Hasil dari tahap engagement menunjukkan bahwa masyarakat mulai memahami pentingnya kesehatan jiwa dan bersedia mendukung kegiatan kader kesehatan jiwa. Selain itu, terbentuk hubungan komunikasi yang baik antara kader, petugas kesehatan, dan masyarakat sehingga mempermudah pelaksanaan kegiatan selanjutnya.

Namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan hambatan berupa stigma masyarakat terhadap ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa). Sebagian masyarakat masih menganggap gangguan jiwa sebagai sesuatu yang memalukan atau dikaitkan dengan hal mistis. Oleh karena itu, kader dan petugas kesehatan melakukan pendekatan persuasif dan edukatif secara berkelanjutan.

2. ASSESSMENT (PENGKAJIAN)

Tahap assessment dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan jiwa yang terdapat di masyarakat. Pengkajian dilakukan melalui wawancara, observasi, kunjungan rumah, diskusi kelompok, dan pendataan keluarga.

Pada tahap ini kader kesehatan jiwa bersama petugas puskesmas mengumpulkan data mengenai jumlah ODGJ, kepatuhan minum obat, kondisi psikososial keluarga, serta faktor risiko yang memengaruhi kesehatan jiwa masyarakat.

Hasil pengkajian menunjukkan adanya beberapa masalah utama, seperti rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa, masih adanya pasien yang putus obat, kurangnya dukungan keluarga, serta tingginya stigma sosial terhadap ODGJ. Selain itu ditemukan pula masalah psikososial seperti stres akibat masalah ekonomi, konflik keluarga, dan pengangguran.

Tahap assessment sangat penting karena menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pengkajian yang baik membantu kader memahami kondisi nyata di lapangan sehingga program yang direncanakan lebih tepat sasaran.

3. PRIORITIZATION (PENENTUAN PRIORITAS MASALAH)

Setelah data dikumpulkan, dilakukan tahap prioritization untuk menentukan masalah kesehatan jiwa yang paling membutuhkan penanganan segera. Penentuan prioritas dilakukan melalui musyawarah bersama kader, petugas kesehatan, dan tokoh masyarakat.

Masalah yang diprioritaskan umumnya meliputi rendahnya kepatuhan minum obat pada ODGJ, kurangnya pengetahuan keluarga mengenai perawatan pasien gangguan jiwa, serta tingginya stigma masyarakat.

Penentuan prioritas dilakukan berdasarkan tingkat keparahan masalah, jumlah kasus, dampak terhadap masyarakat, serta kemampuan sumber daya yang tersedia untuk menangani masalah tersebut. Tahap ini membantu program menjadi lebih fokus dan efektif karena intervensi diarahkan pada masalah yang paling mendesak. Dengan adanya prioritas masalah, kader kesehatan jiwa dapat menyusun langkah penanganan yang lebih terarah dan efisien.

4. PLANNING (PERENCANAAN)

Tahap planning dilakukan untuk menyusun rencana kegiatan berdasarkan masalah prioritas yang telah ditentukan. Perencanaan dibuat bersama antara kader kesehatan jiwa, petugas puskesmas, dan masyarakat.

Rencana kegiatan meliputi penyuluhan kesehatan jiwa, kunjungan rumah, pendampingan minum obat, pelatihan kader, serta pembentukan kelompok dukungan keluarga. Dalam tahap ini juga ditentukan sasaran kegiatan, jadwal pelaksanaan, media edukasi, serta pembagian tugas masing-masing pihak.

Perencanaan yang baik sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program karena menjadi pedoman dalam pelaksanaan kegiatan. Selain itu, keterlibatan masyarakat dalam proses perencanaan dapat meningkatkan rasa memiliki terhadap program sehingga partisipasi masyarakat menjadi lebih baik.

5. IMPLEMENTATION (PELAKSANAAN)

Tahap implementation merupakan pelaksanaan seluruh rencana kegiatan yang telah disusun. Pada tahap ini kader kesehatan jiwa mulai menjalankan kegiatan secara langsung di masyarakat.

Kegiatan yang dilakukan antara lain:

- Penyuluhan kesehatan jiwa kepada masyarakat.
- Kunjungan rumah pada pasien ODGJ.
- Pemantauan kepatuhan minum obat.
- Pendampingan keluarga pasien.
- Pelatihan kader kesehatan jiwa.
- Deteksi dini masalah psikososial.

Pelaksanaan penyuluhan memberikan dampak positif terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan jiwa. Kunjungan rumah membantu memantau kondisi pasien secara langsung serta meningkatkan hubungan antara kader dan keluarga pasien.

Pendampingan minum obat juga membantu mengurangi angka pasien putus obat dan mencegah kekambuhan. Selain itu, kader kesehatan jiwa menjadi lebih aktif dalam melakukan edukasi dan deteksi dini masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Meskipun demikian, pelaksanaan program masih menghadapi beberapa kendala seperti keterbatasan waktu kader, kurangnya partisipasi sebagian keluarga, dan stigma masyarakat yang masih ada.

6. EVALUATION (EVALUASI)

Tahap evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan program yang telah dilaksanakan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi sebelum dan sesudah intervensi.

Hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan jiwa, meningkatnya kepatuhan pasien dalam minum obat, serta meningkatnya kunjungan kontrol ke fasilitas kesehatan. Selain itu, dukungan keluarga terhadap pasien juga mengalami peningkatan.

Evaluasi juga membantu mengidentifikasi kendala dan kekurangan program sehingga dapat dilakukan perbaikan pada pelaksanaan berikutnya. Kegiatan monitoring rutin oleh petugas kesehatan dan kader sangat penting untuk memastikan keberlanjutan hasil program.

7. SUSTAINABILITY (KEBERLANJUTAN)

Tahap sustainability bertujuan menjaga agar program kesehatan jiwa tetap berjalan secara berkesinambungan di masyarakat. Upaya keberlanjutan dilakukan melalui pembentukan kader tetap, pertemuan rutin kader, pelatihan berkala, serta dukungan dari puskesmas dan pemerintah desa.

Program kesehatan jiwa juga diintegrasikan dengan kegiatan masyarakat lainnya seperti posyandu, PKK, dan program desa sehat agar kegiatan dapat terus berjalan meskipun pendampingan tenaga kesehatan terbatas.

Keberlanjutan program sangat penting untuk memastikan masyarakat mampu secara mandiri menjaga kesehatan jiwa lingkungan sekitar. Dengan adanya kader kesehatan

jiwa yang aktif, diharapkan deteksi dini, pendampingan pasien, dan edukasi masyarakat dapat terus dilakukan secara optimal.

Pelaksanaan CBPI kader kesehatan jiwa berjalan melalui tahapan yang sistematis mulai dari engagement hingga sustainability. Setiap tahapan memiliki peran penting dalam mendukung keberhasilan program kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Program ini memberikan dampak positif terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat, kepatuhan pengobatan pasien, serta dukungan keluarga terhadap ODGJ. Keberhasilan program dipengaruhi oleh kerja sama antara kader, petugas kesehatan, pemerintah desa, dan masyarakat.

KESIMPULAN

1. *Community-Based Participatory Intervention* (CBPI) merupakan pendekatan yang efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat karena melibatkan partisipasi aktif komunitas dalam seluruh proses intervensi, mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi.
2. CBPI menempatkan masyarakat sebagai mitra sejajar, bukan objek, sehingga mampu meningkatkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) terhadap program kesehatan dan mendorong keberlanjutan intervensi.
3. Dalam praktik keperawatan, CBPI memperkuat peran perawat sebagai fasilitator, edukator, dan agen perubahan yang tidak hanya berfokus pada aspek kuratif, tetapi juga promotif dan preventif.
4. Keberhasilan CBPI dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti keterlibatan tokoh masyarakat, kesesuaian dengan budaya lokal, serta adanya kolaborasi lintas sektor.
5. Meskipun memiliki banyak keunggulan, implementasi CBPI juga menghadapi tantangan, seperti keterbatasan sumber daya, rendahnya partisipasi awal masyarakat, serta perbedaan tingkat pemahaman yang memerlukan pendekatan adaptif.
6. Secara keseluruhan, CBPI menjadi strategi yang relevan dan berkelanjutan dalam mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat, khususnya dalam meningkatkan efektivitas program keperawatan komunitas.

SARAN

Berdasarkan hasil pelaksanaan dan evaluasi CBPI, beberapa rekomendasi yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan Keterlibatan Masyarakat. Perlu adanya upaya berkelanjutan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat, terutama pada tahap awal, melalui pendekatan persuasif dan pemberdayaan tokoh lokal.
2. Penguatan Peran Kader Kesehatan. Kader perlu diberikan pelatihan lanjutan agar mampu menjadi agen perubahan yang mandiri dalam komunitas.
3. Pendekatan Berbasis Budaya Lokal. Intervensi harus disesuaikan dengan nilai, norma, dan kebiasaan masyarakat agar lebih mudah diterima dan diterapkan.
4. Kolaborasi Lintas Sektor. Diperlukan kerja sama antara tenaga kesehatan, pemerintah, dan pihak terkait lainnya untuk mendukung keberhasilan program.
5. Monitoring dan Evaluasi Berkala. Evaluasi rutin penting dilakukan untuk menilai efektivitas program serta melakukan perbaikan secara berkelanjutan.

6. Penguatan Aspek Keberlanjutan. Program yang telah berjalan perlu diarahkan agar dapat dilanjutkan secara mandiri oleh masyarakat dengan dukungan minimal dari tenaga kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Allen, M. L., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, G. M., Patel, R., Miller, J., & Borowsky, I. W. (2020). *Effective parenting interventions to reduce youth substance use: A systematic review*. *Pediatrics*, 146(2), e20200123. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0123>

Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2021). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review. *The Lancet*, 393(10170), 123–135. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32159-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32159-3)

Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., Sirett, E., Wong, G., Cargo, M., Herbert, C. P., Seifer, S. D., Green, L. W., & Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the benefits of participatory research: Implications of a realist review. *The Milbank Quarterly*, 90(2), 311–346. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x>

Minkler, M., & Wallerstein, N. (2017). *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity* (3rd ed.). Jossey-Bass.

Minkler, M., & Wallerstein, N. (2017). Improving health through community organization and community building. In *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 287–312).

Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). *Community/public health nursing: Promoting the health of populations* (7th ed.). Elsevier.

O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions: A systematic review. *BMC Public Health*, 15, 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.

Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J., & Minkler, M. (2018). Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity. *American Journal of Public Health*, 108(S2), S128–S135. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304256>

Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J., & Minkler, M. (2018). *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity*. Jossey-Bass.

World Health Organization. (2020). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage*. WHO.

World Health Organization. (2020). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*. WHO Press.

World Health Organization. (2021). *Guideline on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO Press.

World Health Organization. (2021). *WHO guideline on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO.