



Penguatan Literasi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit Berbasis Perilaku di Pesisir Padelegan

Strengthening Health Literacy and Behavioural-Based Disease Prevention in the Padelegan Coastal Area

Mohammad Rudiyanto^{1*}, Achmad Taufik², Imadoeddin³, Abdul Bari⁴, Syaiful⁵, Ria Kasanova⁶

¹Program Studi pendidikan Bahasa Inggris, Universitas Madura, Indonesia

²Program Studi Hukum, Universitas Madura, Indonesia

³Program Studi ilmu Administrasi, Universitas Madura, Indonesia

⁴Program Studi Hukum, Universitas Madura, Indonesia

⁵Program Studi ilmu administrasi, Universitas Madura, Indonesia

⁶Program Studi Bisnis Digital, Universitas Madura, Indonesia

⁷Program Studi Pendidikan Bahasa Indonesia, Universitas Madura, Indonesia

*Penulis Korespondensi: mohammadrudiyanto5@gmail.com

Article History:

Naskah Masuk: 19 November 2025;

Revisi: 16 Desember 2025;

Diterima: 17 Januari 2026;

Terbit: 19 Januari 2026.

Keywords:

Behavioural Change; Coastal Communities; Disease Prevention; Health Literacy; Padelegan Pamekasan.

Abstract: *This community service programme was implemented in the coastal community of Padelegan Village, Pademawu Subdistrict, Pamekasan Regency, with a focus on strengthening health literacy and behaviour-based disease prevention at the household level. The background of the activity is based on the vulnerability of coastal communities to health problems related to hygiene, household drinking water management, and environmental cleanliness, as well as the need for an approach that not only increases knowledge but also encourages consistent preventive practices. The programme aims to improve residents' ability to understand and use health information in an applicable manner, while strengthening key disease prevention behaviours through education and mentoring. The activity will be carried out from February to April 2025 with a behaviour-based education design combined with practice demonstrations and community mentoring, involving 48 participants (40 residents/households and 8 posyandu/PKK cadres). The stages included initial assessment, development of KIE media (brief modules and leaflets/posters), two education-demonstration sessions, two home mentoring sessions, and final evaluation. The evaluation was conducted using pre-post knowledge, attitude, and practice (KAP) assessments and practice observation through a checklist. The results showed an increase in health literacy and improved consistency in preventive behaviour; knowledge increased from 5.4 to 7.8, and compliance with hand washing at critical times increased from 41.7% to 72.9%. Programme outputs included an information, education and communication (IEC) package, a household monitoring checklist, and capacity building for cadres as local facilitators. It was concluded that the integration of participatory education, practical demonstrations and cadre mentoring has the potential to be effective in encouraging preventive behavioural change in coastal communities, with recommendations for integrating monitoring into the routine agenda of integrated health service posts (posyandu) and community empowerment groups (PKK) and for follow-up monitoring for 3–6 months to maintain the sustainability of practices.*

Abstrak

Program pengabdian ini dilaksanakan pada masyarakat pesisir Desa Padelegan, Kecamatan Pademawu, Kabupaten Pamekasan, dengan fokus pada penguatan literasi kesehatan dan pencegahan penyakit berbasis perilaku di tingkat rumah tangga. Latar belakang kegiatan didasarkan pada kerentanan komunitas pesisir terhadap

masalah kesehatan yang berkaitan dengan higiene, pengelolaan air minum rumah tangga, dan kebersihan lingkungan, serta perlunya pendekatan yang tidak hanya meningkatkan pengetahuan tetapi juga mendorong praktik preventif yang konsisten. Tujuan program adalah meningkatkan kemampuan warga dalam memahami dan menggunakan informasi kesehatan secara aplikatif, sekaligus memperkuat perilaku kunci pencegahan penyakit melalui edukasi dan pendampingan. Kegiatan dilaksanakan pada Februari–April 2025 dengan desain edukasi berbasis perilaku yang dikombinasikan dengan demonstrasi praktik dan pendampingan komunitas, melibatkan 48 partisipan (40 warga/rumah tangga dan 8 kader posyandu/PKK). Tahapan meliputi asesmen awal, pengembangan media KIE (modul ringkas dan leaflet/poster), dua sesi edukasi-demonstrasi, dua kali pendampingan rumah, serta evaluasi akhir. Evaluasi dilakukan menggunakan pre–post pengetahuan, sikap, dan praktik (KAP) serta observasi praktik melalui checklist. Hasil menunjukkan adanya penguatan literasi kesehatan dan perbaikan konsistensi perilaku preventif; pengetahuan meningkat dari 5,4 menjadi 7,8, dan kepatuhan cuci tangan pada waktu penting meningkat dari 41,7% menjadi 72,9%. Luaran program mencakup paket KIE, checklist monitoring rumah tangga, serta penguatan kapasitas kader sebagai fasilitator lokal. Disimpulkan bahwa integrasi edukasi partisipatif, demonstrasi praktik, dan pendampingan kader berpotensi efektif untuk mendorong perubahan perilaku preventif pada komunitas pesisir, dengan rekomendasi integrasi monitoring ke agenda rutin posyandu/PKK dan pemantauan lanjutan selama 3–6 bulan untuk menjaga keberlanjutan praktik.

Kata Kunci: Literasi Kesehatan; Masyarakat Pesisir; Padelegan Pamekasan; Pencegahan Penyakit; Perubahan Perilaku.

1. PENDAHULUAN

Wilayah pesisir memiliki karakteristik sosial-ekologis yang khas karena aktivitas ekonomi, pola mobilitas, dan kondisi lingkungan sangat dipengaruhi oleh dinamika laut, musim, dan sumber daya setempat (Anfuso et al., 2021; Veidemane et al., 2024). Desa Padelegan, Kecamatan Pademawu, Kabupaten Pamekasan, sebagai wilayah pesisir, menghadirkan konteks kehidupan masyarakat yang beririsan langsung dengan paparan lingkungan perairan, kepadatan permukiman tertentu, serta variasi akses terhadap sarana air bersih dan sanitasi rumah tangga. Dalam konteks ini, risiko kesehatan yang sering muncul bukan semata disebabkan oleh faktor klinis individual, melainkan juga dipengaruhi oleh perilaku harian dan determinan lingkungan, seperti pengelolaan air minum rumah tangga, kebersihan tangan dan peralatan makan, kebersihan lingkungan sekitar rumah, serta pencegahan penyakit berbasis vektor. Sejumlah kajian kesehatan masyarakat menegaskan bahwa pada komunitas pesisir, penyakit yang berkaitan dengan kebersihan lingkungan dan praktik higiene misalnya diare, infeksi saluran pernapasan akut, dan keluhan kulit dapat meningkat ketika kebiasaan higienitas dan pengelolaan lingkungan belum konsisten serta sarana pencegahan tidak memadai (Budge et al., 2022; Parker et al., 2021). Selain menurunkan kualitas hidup, masalah kesehatan tersebut dapat menimbulkan konsekuensi ekonomi dan sosial seperti hilangnya hari kerja pada keluarga nelayan, meningkatnya beban biaya pengobatan, serta terganggunya aktivitas pendidikan anak (Nguyen et al., 2021; Zoungrana, 2024).

Secara ideal, upaya pencegahan penyakit pada tingkat rumah tangga ditopang oleh penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pemahaman tanda bahaya penyakit, serta akses terhadap informasi kesehatan yang benar dan mudah dipraktikkan. Pada banyak pedoman kesehatan publik, pencegahan primer di rumah melalui cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air minum yang aman, kebersihan lingkungan, dan praktik pencegahan vektor dianggap sebagai fondasi untuk menurunkan kejadian penyakit yang dapat dicegah (Penulis, 2018). Namun, pada konteks masyarakat pesisir, penerapan perilaku preventif sering tidak merata dan tidak berkelanjutan. Ketidakkonsistenan ini umum dipengaruhi oleh kombinasi faktor: (1) persepsi risiko yang rendah karena penyakit dianggap “wajar” dan berulang, (2) kebiasaan yang terbentuk lama dan sulit diubah tanpa pendampingan, (3) keterbatasan sarana seperti ketersediaan air bersih dan fasilitas cuci tangan yang praktis, dan (4) keterbatasan literasi kesehatan sehingga pesan kesehatan tidak dipahami secara tepat atau tidak diterjemahkan menjadi tindakan (Hjorthen et al., 2020; Sandifer, 2023). Dengan demikian, terdapat kesenjangan yang nyata antara standar pencegahan yang diharapkan dan praktik kesehatan sehari-hari di tingkat rumah tangga, sehingga dibutuhkan intervensi yang tidak hanya informatif, tetapi juga mampu mendorong perubahan perilaku yang realistis dalam konteks pesisir.

Literasi kesehatan merupakan salah satu determinan penting yang menjembatani pengetahuan dan tindakan kesehatan. Secara konseptual, literasi kesehatan mengacu pada kemampuan individu dan komunitas untuk mengakses, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan dalam pengambilan keputusan sehari-hari (Okesanya et al., 2024). Literasi kesehatan yang lemah sering menyebabkan miskonsepsi, pemilihan sumber informasi yang tidak kredibel, serta rendahnya kepatuhan terhadap praktik pencegahan yang sebenarnya sederhana namun berdampak besar. Akan tetapi, peningkatan literasi saja tidak otomatis menghasilkan perubahan perilaku, karena perilaku kesehatan juga ditentukan oleh keyakinan, norma, dan hambatan yang dirasakan. Oleh karena itu, penguatan literasi kesehatan perlu dipadukan dengan kerangka perubahan perilaku yang menjelaskan mekanisme “mengapa” seseorang mau dan mampu berubah. Salah satu kerangka yang relevan adalah Health Belief Model (HBM) yang menekankan peran persepsi kerentanan, persepsi tingkat keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, isyarat untuk bertindak (cues to action), dan efikasi diri (self-efficacy) dalam membentuk perilaku preventif (Hjorthen et al., 2021; Nelson et al., 2021). Dengan dasar ini, program pengabdian tidak cukup menyampaikan informasi, tetapi harus mengurangi hambatan praktis, meningkatkan efikasi diri melalui latihan langsung, dan menyediakan pemicu tindakan yang membantu menjaga konsistensi perilaku di rumah.

Bukti ilmiah dan praktik pengabdian dalam satu dekade terakhir menunjukkan bahwa intervensi edukasi komunitas cenderung efektif ketika bersifat partisipatif, kontekstual, dan disertai demonstrasi praktik. Sejumlah penelitian melaporkan peningkatan pengetahuan dan sikap kesehatan setelah edukasi PHBS, terutama bila materi disampaikan dengan bahasa sederhana, menggunakan media visual, dan melibatkan diskusi berbasis pengalaman warga (Nelson et al., 2021). Selain itu, program yang mengintegrasikan demonstrasi dan praktik langsung misalnya praktik cuci tangan pakai sabun, simulasi pengelolaan air minum di rumah, dan teknik sederhana pencegahan vektor menunjukkan dampak yang lebih nyata pada perubahan praktik dibanding penyuluhan satu arah (Mohamed et al., 2025). Penguatan peran kader kesehatan juga dilaporkan sebagai faktor krusial karena kader dapat menjadi penghubung yang dipercaya antara layanan kesehatan dan komunitas, serta berperan sebagai pengingat dan pendamping perilaku (Mohamed et al., 2025). Namun demikian, literatur juga menegaskan bahwa perubahan perilaku sering melemah setelah program selesai jika tidak ada mekanisme pemeliharaan, pemantauan ringan, dan dukungan sosial yang konsisten (Penulis, 2021).

Berdasarkan temuan tersebut, celah implementasi yang sering terjadi adalah dominasi pendekatan “peningkatan pengetahuan” tanpa strategi perilaku yang memadai dan tanpa instrumentasi sederhana untuk menjaga kebiasaan. Pada banyak program, capaian peningkatan pengetahuan tidak selalu berbanding lurus dengan perubahan praktik, khususnya ketika warga menghadapi hambatan nyata seperti keterbatasan fasilitas, kebiasaan lama, atau rendahnya efikasi diri untuk memulai kebiasaan baru (Abdullahi et al., 2020; Dwipayanti et al., 2021). Selain itu, pesan kesehatan sering bersifat generik dan kurang kontekstual terhadap rutinitas masyarakat pesisir, sehingga warga sulit menghubungkan informasi dengan situasi yang mereka hadapi sehari-hari. Artinya, pengabdian yang relevan untuk Desa Padelegan perlu menempatkan perilaku sebagai sasaran utama, menggunakan pesan yang kontekstual, dan menyediakan mekanisme pendampingan yang ringan namun konsisten agar perubahan praktik dapat bertahan.

Kebaruan program pengabdian ini terletak pada integrasi penguatan literasi kesehatan dengan strategi perubahan perilaku berbasis HBM melalui tiga komponen operasional: (1) pembelajaran singkat terstruktur (micro-learning) yang langsung menargetkan miskonsepsi kunci dan keputusan kesehatan rumah tangga, (2) demonstrasi–praktik langsung untuk meningkatkan efikasi diri dan mengurangi hambatan perilaku, serta (3) penggunaan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) yang kontekstual pesisir disertai checklist monitoring rumah tangga yang dapat dijalankan bersama kader sebagai cues to action. Dengan desain ini, edukasi tidak berhenti pada pemahaman, tetapi diarahkan menjadi keterampilan dan

kebiasaan yang dapat diulang di lingkungan rumah. Secara umum, program ini bertujuan meningkatkan literasi kesehatan dan memperkuat perilaku pencegahan penyakit pada masyarakat pesisir Desa Padelegan. Secara khusus, program ini menargetkan peningkatan pengetahuan warga tentang pencegahan penyakit berbasis perilaku, penguatan sikap positif terhadap praktik preventif, serta peningkatan kepatuhan terhadap perilaku kunci seperti cuci tangan pakai sabun pada waktu penting, pengelolaan air minum rumah tangga yang lebih aman, dan kebersihan lingkungan untuk menekan risiko penyakit dan vektor. Luaran terukur yang diharapkan mencakup tersusunnya paket KIE (modul ringkas, leaflet/poster), terbentuknya mekanisme pendampingan dan monitoring sederhana berbasis rumah tangga, serta penguatan kapasitas kader melalui pelatihan dan panduan tindak lanjut. Di sisi outcome, program diarahkan untuk menunjukkan peningkatan capaian indikator pengetahuan–sikap–praktik (KAP) sebelum dan sesudah intervensi serta perubahan praktik yang dapat diobservasi secara sederhana, sehingga pendekatan ini berpotensi direplikasi dan diintegrasikan dengan kegiatan rutin komunitas setempat (Kalumbi et al., 2020; Santos et al., 2024).

2. METODE

Bagian metode harus ditulis singkat, padat, jelas, tetapi mencukupi. Ia menjelaskan Program pengabdian ini menggunakan pendekatan edukasi berbasis perilaku yang dikombinasikan dengan pendampingan komunitas untuk memperkuat literasi kesehatan dan praktik pencegahan penyakit di tingkat rumah tangga (H. B. Short et al., 2024). Evaluasi kegiatan dirancang dengan model pre–post untuk menilai perubahan pengetahuan, sikap, dan praktik (KAP), serta observasi praktik perilaku kunci menggunakan checklist terstruktur. Unit analisis meliputi individu peserta (warga) dan rumah tangga, dengan kader kesehatan sebagai mitra pelaksana pendampingan.

Kegiatan dilaksanakan di Desa Padelegan, Kecamatan Pademawu, Kabupaten Pamekasan pada periode Februari–April 2025. Pelaksanaan dibagi ke dalam tiga fase: (1) asesmen dan perancangan materi, (2) implementasi edukasi dan pendampingan, serta (3) evaluasi dan tindak lanjut. Koordinasi awal dilakukan bersama pemerintah desa dan mitra lokal (kader posyandu/PKK) untuk penentuan lokasi pertemuan, penjadwalan yang sesuai rutinitas warga pesisir, dan mobilisasi peserta.

Sasaran kegiatan adalah masyarakat pesisir (prioritas rumah tangga) dan kader kesehatan setempat. Partisipan direkrut melalui koordinasi dengan perangkat desa dan kader menggunakan metode purposive sesuai kriteria inklusi: berdomisili di wilayah pesisir Desa Padelegan, berusia ≥ 18 tahun, bersedia mengikuti rangkaian kegiatan, dan memberikan

persetujuan berpartisipasi. Jumlah peserta ditetapkan 48 orang, terdiri atas 40 warga/rumah tangga dan 8 kader posyandu/PKK. Kader dilibatkan sejak tahap awal sebagai fasilitator lokal dan penguat keberlanjutan, terutama pada kunjungan tindak lanjut dan pemantauan perilaku di rumah.

Prosedur pelaksanaan terdiri atas lima tahap. Pertama, asesmen awal pada Februari 2025 melalui observasi singkat kondisi lingkungan rumah tangga, diskusi kelompok terarah (FGD) mini dengan warga/kader, serta pengukuran baseline KAP. Kedua, pengembangan materi dan media KIE (modul ringkas, poster/leaflet) yang menekankan perilaku kunci pencegahan penyakit. Ketiga, implementasi edukasi partisipatif dan demonstrasi praktik pada akhir Februari hingga Maret 2025 dalam dua sesi utama, yang mencakup cuci tangan pakai sabun pada waktu penting, pengelolaan air minum rumah tangga yang lebih aman, serta kebersihan lingkungan/pencegahan vektor. Keempat, pendampingan pasca-edukasi pada Maret hingga awal April 2025 melalui dua kali kunjungan rumah/pendampingan komunitas yang difasilitasi kader, disertai pengingat visual dan checklist perilaku. Kelima, evaluasi akhir pada April 2025 berupa post-test KAP, observasi ulang praktik menggunakan checklist, serta pengumpulan umpan balik peserta untuk perbaikan dan rencana tindak lanjut.



Gambar 1. Prosedur pelaksanaan.

Instrumen yang digunakan meliputi kuesioner KAP (komponen pengetahuan, sikap, praktik) yang disusun berdasarkan indikator perilaku pencegahan penyakit pada konteks rumah tangga pesisir, lembar observasi praktik dalam format checklist, serta perangkat KIE (modul ringkas, poster/leaflet). Dokumentasi kegiatan dilakukan melalui daftar hadir, foto kegiatan, catatan pelaksanaan, dan notulen koordinasi. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan sebelum sesi edukasi pertama (pre-test) dan setelah seluruh rangkaian selesai (post-test). Data kualitatif dihimpun melalui FGD singkat dan catatan lapangan untuk menangkap hambatan, faktor pendukung, dan penerimaan materi.

Analisis kuantitatif dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan skor KAP sebelum dan sesudah intervensi (persentase/mean dan perubahan skor per indikator). Hasil observasi praktik dianalisis berdasarkan tingkat kepatuhan perilaku kunci (sebelum–sesudah). Data kualitatif dianalisis melalui ringkasan tematik untuk mengidentifikasi pola hambatan dan strategi mitigasi yang relevan bagi keberlanjutan program di Desa Padelegan.

3. HASIL

Kondisi Awal

Sebanyak 48 partisipan mengikuti rangkaian program (40 warga/rumah tangga dan 8 kader). Profil peserta didominasi oleh kelompok usia produktif dan peran pengelolaan rumah tangga, sehingga intervensi difokuskan pada perilaku pencegahan penyakit yang paling dekat dengan aktivitas harian di rumah (Tabel 1). Pada pengukuran awal, pola yang menonjol adalah: (1) pemahaman umum tentang “pentingnya hidup bersih” sudah ada, tetapi (2) kemampuan menerjemahkan informasi menjadi praktik konsisten masih terbatas, terutama pada pengelolaan air minum rumah tangga dan ketepatan waktu cuci tangan (Tabel 2). Temuan baseline ini menjadi dasar penentuan materi edukasi, demonstrasi praktik, dan indikator monitoring.

Tabel 1. Karakteristik Partisipan (n = 48).

Karakteristik	Kategori	n	%
Peran	Warga/rumah tangga	40	83,3
	Kader posyandu/PKK	8	16,7
Jenis kelamin	Perempuan	36	75,0
	Laki-laki	12	25,0
Usia	18–29 tahun	10	20,8
	30–44 tahun	22	45,8
	45–59 tahun	14	29,2
	≥60 tahun	2	4,2
Pendidikan terakhir	SD/ sederajat	18	37,5
	SMP/ sederajat	16	33,3
	SMA/ sederajat	12	25,0
	Diploma/ Sarjana	2	4,2

Tabel 2. Baseline KAP dan Praktik Perilaku Kunci (n = 48).

Indikator	Baseline
Skor pengetahuan pencegahan penyakit (0–10), rerata ± SD	5,4 ± 1,6
Skor sikap terhadap pencegahan (1–5), rerata ± SD	3,2 ± 0,6
Kepatuhan cuci tangan pada waktu penting (% memenuhi)	41,7
Pengelolaan air minum rumah tangga aman (% memenuhi)	35,4
Kebersihan lingkungan/pencegahan vektor (% memenuhi)	43,8

Pelaksanaan Program

Program dilaksanakan selama **Februari–April 2025** melalui tahapan asesmen awal, pengembangan materi, dua sesi edukasi-demonstrasi, dua kali pendampingan rumah, serta evaluasi akhir. Materi disusun kontekstual pesisir dan menekankan perilaku yang dapat dilakukan dengan sumber daya minimal. Keterlibatan kader berfungsi sebagai fasilitator lokal, pengingat (cues), dan penguat praktik di rumah. Ringkasan pelaksanaan, tema sesi, serta partisipasi disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Ringkasan Pelaksanaan Program, Materi, dan Partisipasi.

Tahap	Kegiatan Utama	Materi/Topik Inti	Metode	Partisipasi	Output
Asesmen awal (Feb)	Observasi + FGD mini + baseline KAP	Masalah utama, kebiasaan, hambatan	Observasi, diskusi, pre-test	48	Peta masalah & indikator
Pengembangan materi (Feb)	Penyusunan KIE & checklist	Pesan kunci perilaku	Kurasi konten, uji-baca	8 kader	Modul ringkas, leaflet/poster, checklist
Edukasi 1 (akhir Feb)	Literasi kesehatan & risiko	Tanda bahaya, keputusan sehat di rumah	Partisipatif	45	Komitmen perilaku 1
Edukasi 2 (Mar)	Demonstrasi praktik	Cuci tangan, air minum aman, kebersihan lingkungan	Demo–praktik	46	Praktik terbimbing
Pendampingan 1 (Mar)	Kunjungan rumah	Penerapan checklist	Observasi, umpan balik	40 rumah	Catatan kendala & solusi
Pendampingan 2 (awal Apr)	Kunjungan rumah	Penguatan kebiasaan & pengingat	Coaching singkat	38 rumah	Validasi perubahan
Evaluasi akhir (Apr)	Post-test KAP + observasi ulang	Semua indikator	Post-test, checklist	48	Data pre–post & rekomendasi

Perubahan Setelah Intervensi (Pre–Post)

Hasil evaluasi menunjukkan perbaikan pada sebagian besar indikator KAP dan kepatuhan perilaku kunci sesudah rangkaian edukasi dan pendampingan. Peningkatan paling konsisten terlihat pada indikator yang dilatih melalui demonstrasi dan diperkuat saat pendampingan rumah, sedangkan indikator yang sangat dipengaruhi ketersediaan sarana menunjukkan peningkatan namun masih memerlukan pemeliharaan dan dukungan berkelanjutan (Tabel 4).

Tabel 4. Perbandingan KAP dan Praktik Perilaku Kunci: Pre vs Post (n = 48).

Indikator	Pre	Post	(Perubahan)
Skor pengetahuan pencegahan penyakit (0–10), rerata $\pm$ SD	5,4 $\pm$ 1,6	7,8 $\pm$ 1,2	+2,4
Skor sikap terhadap pencegahan (1–5), rerata $\pm$ SD	3,2 $\pm$ 0,6	4,0 $\pm$ 0,5	+0,8
Kepatuhan cuci tangan pada waktu penting (% memenuhi)	41,7	72,9	+31,2
Pengelolaan air minum rumah tangga aman (% memenuhi)	35,4	64,6	+29,2
Kebersihan lingkungan/pencegahan vektor (% memenuhi)	43,8	70,8	+27,0

Luaran Nyata dan Mekanisme Monitoring

Luaran program mencakup perangkat KIE dan perangkat monitoring ringan yang dapat digunakan kembali oleh kader dan warga setelah kegiatan berakhir. Produk yang dihasilkan meliputi modul ringkas literasi kesehatan, leaflet/poster perilaku kunci, serta checklist monitoring rumah tangga yang digunakan saat pendampingan. Selain itu, kader memperoleh penguatan teknis terkait penyampaian pesan kesehatan, pendampingan singkat, dan pencatatan sederhana hasil monitoring. Mekanisme keberlanjutan disepakati melalui penggunaan checklist pada pertemuan rutin warga/posyandu dan pemantauan berkala oleh kader (Tabel 5).

Tabel 5. Luaran Program dan Rencana Keberlanjutan.

Luaran	Deskripsi	Jumlah	Penanggung jawab	Tindak lanjut
Modul ringkas	Materi inti literasi kesehatan + panduan praktik	1 paket	Tim PKM & kader	Dipakai pada sesi ulang/kelas warga
Leaflet/poster	Pesan perilaku kunci (cuci tangan, air minum, lingkungan)	3 desain	Kader/PKK	Dipasang di titik kumpul warga
Checklist rumah tangga	Indikator praktik yang mudah dipantau	1 format	Kader	Monitoring berkala per rumah
Penguatan kader	Pelatihan fasilitasi + coaching	8 kader	Tim PKM	Kader memimpin penguatan bulanan
Rekap hasil & rekomendasi	Ringkasan baseline–post & hambatan	1 dokumen	Tim PKM–desa	Integrasi ke agenda desa/posyandu

4. DISKUSI

Temuan program menunjukkan bahwa penguatan literasi kesehatan yang dipadukan dengan strategi perubahan perilaku berorientasi praktik cenderung menghasilkan pergeseran pada domain pengetahuan, sikap, dan terutama praktik perilaku kunci. Secara konseptual, hasil ini dapat dijelaskan melalui dua kerangka yang saling melengkapi: literasi kesehatan sebagai prasyarat pengambilan keputusan sehari-hari, dan teori perubahan perilaku sebagai mekanisme yang menjembatani pengetahuan menjadi tindakan. Literasi kesehatan tidak berhenti pada “tahu”, melainkan pada kemampuan menginterpretasikan informasi kesehatan dan menggunakannya dalam konteks rumah tangga (Beauchamp et al., 2022; Peralta et al., 2025).

Ketika materi disajikan dalam bentuk micro-learning dan media KIE yang kontekstual, informasi menjadi lebih mudah diakses, lebih mudah dipahami, dan lebih mudah diingat, sehingga mengurangi distorsi pesan serta miskonsepsi yang lazim dalam komunikasi kesehatan komunitas (Gokdemir et al., 2024; Navidi & Soltani, 2025). Ini menjelaskan mengapa perubahan pada aspek kognitif dan afektif dapat muncul tanpa harus menuntut perubahan struktural yang besar.

Dari sisi perubahan perilaku, peningkatan praktik lebih mudah terjadi pada perilaku yang memenuhi tiga kondisi: dapat dilakukan segera, biaya rendah, dan memperoleh penguat sosial atau penguat rutin. Kerangka Health Belief Model (HBM) membantu memaknai mekanisme tersebut. Demonstrasi dan praktik langsung memperkuat self-efficacy (kepercayaan diri untuk melakukan tindakan), yang sering menjadi penghambat utama di komunitas ketika pesan kesehatan hanya bersifat ceramah (Silva & Santos, 2021). Selain itu, checklist monitoring rumah tangga dan peran kader berfungsi sebagai cues to action yang menjaga konsistensi, karena perubahan perilaku kerap melemah setelah fase edukasi jika tidak ada pemicu tindakan yang berulang (Wu et al., 2025). Materi yang menekankan “risiko yang dekat” dan “manfaat yang cepat dirasakan” juga berpotensi meningkatkan persepsi kerentanan dan manfaat, yang dalam HBM dikenal sebagai pendorong perilaku preventif (Johar et al., 2025). Dengan demikian, perubahan praktik pada program ini wajar bila paling responsif pada perilaku yang sangat dipengaruhi penguatan efikasi diri dan pemicu tindakan, bukan semata oleh pengetahuan.

Meskipun demikian, beberapa indikator perilaku umumnya mengalami peningkatan yang lebih lambat ketika dipengaruhi oleh hambatan struktural, terutama ketersediaan sarana dan rutinitas kerja. Dalam kerangka HBM, ini terkait perceived barriers yang tidak sepenuhnya dapat diselesaikan melalui edukasi, misalnya keterbatasan akses air bersih, fasilitas cuci tangan yang tidak permanen, atau kondisi permukiman yang mempersulit pengelolaan lingkungan (H. Short et al., 2023). Temuan seperti ini lazim dalam intervensi komunitas: edukasi dapat memperbaiki pemahaman dan niat, tetapi praktik tertentu membutuhkan dukungan lingkungan agar perubahan menjadi stabil dan tidak kembali pada kebiasaan lama (Fenta et al., 2024). Oleh karena itu, keberhasilan program perlu dipahami sebagai hasil dari interaksi antara pesan, keterampilan, dukungan sosial, dan ketersediaan sarana minimal.

Jika dibandingkan dengan penelitian dan praktik pengabdian satu dekade terakhir, arah temuan program ini konsisten dengan bukti bahwa pendekatan edukasi partisipatif yang disertai demonstrasi praktik lebih efektif daripada penyuluhan satu arah dalam mengubah perilaku kesehatan (Ausserhofer et al., 2025). Sejumlah studi menunjukkan bahwa kenaikan

pengetahuan sering menjadi output yang mudah dicapai, tetapi perubahan praktik lebih kuat ketika peserta diberi kesempatan berlatih, mendapat umpan balik, dan memperoleh penguatan pasca-sesi (Penulis, 2019). Peran kader sebagai trusted messenger juga selaras dengan temuan bahwa kedekatan sosial dan kepercayaan meningkatkan penerimaan pesan serta keberlanjutan program, terutama dalam komunitas dengan variasi pendidikan dan akses informasi (Chen et al., 2025). Di sisi lain, literatur juga mengingatkan bahwa desain pre-post tanpa kelompok pembandingan memiliki keterbatasan dalam mengisolasi efek program dari faktor luar (Liu et al., 2025). Karena itu, klaim yang paling aman adalah bahwa program “berasosiasi dengan peningkatan indikator” dan menunjukkan “potensi efektivitas” dalam konteks pelaksanaan, bukan membuktikan kausalitas kuat.

Konteks lokal pesisir Desa Padelegan memberi penjelasan tambahan mengapa komponen program tertentu bekerja lebih baik. Aktivitas ekonomi dan rutinitas harian yang dipengaruhi musim dan jam kerja (misalnya jadwal melaut atau pekerjaan pesisir lainnya) dapat memengaruhi partisipasi dan konsistensi praktik kesehatan. Dalam kondisi demikian, strategi edukasi yang ringkas, fleksibel, dan praktiknya langsung dapat diterapkan di rumah menjadi lebih relevan dibanding sesi panjang yang sulit diikuti. Kader posyandu/PKK berperan sebagai aset sosial yang signifikan karena mereka memiliki legitimasi komunitas dan akses rutin ke warga, sehingga memungkinkan “pengulangan pesan” yang dibutuhkan dalam pembentukan kebiasaan (Liu et al., 2025). Di sisi hambatan, keterbatasan sarana terutama terkait air bersih dan fasilitas kebersihan dapat memperlemah stabilitas praktik yang memerlukan dukungan lingkungan. Implikasi praktisnya adalah bahwa intervensi perilaku di pesisir perlu memadukan pesan perubahan perilaku dengan solusi sederhana berbasis sumber daya lokal, sekaligus advokasi sarana minimal pada level desa.

Berdasarkan pemaknaan di atas, implikasi implementatif program dapat dirumuskan dalam beberapa rekomendasi. Pertama, pada level rumah tangga, fokus pada tiga perilaku kunci perlu dipertahankan agar perubahan tidak menyebar menjadi terlalu luas dan sulit dipantau. Peningkat visual di rumah dan audit ringan mingguan berbasis checklist disarankan untuk mempertahankan cues to action, terutama pada perilaku yang rawan “luntur” setelah fase pendampingan. Kedua, pada level kader dan desa, checklist dapat diintegrasikan ke kegiatan rutin posyandu/PKK dengan model micro-session 10–15 menit pada setiap pertemuan, disertai pencatatan sederhana sehingga kader memiliki data untuk menargetkan rumah tangga yang memerlukan penguatan. Model “kader melatih kader” juga dapat digunakan untuk memperluas cakupan tanpa ketergantungan pada tim eksternal (Dias et al., 2021). Ketiga, pada level puskesmas/mitra kesehatan, sinkronisasi pesan KIE dan dukungan supervisi berkala akan

meningkatkan konsistensi informasi serta menjaga kualitas pendampingan kader. Untuk keberlanjutan, periode monitoring minimal tiga bulan setelah program dianjurkan agar kebiasaan baru mencapai fase stabil, dengan fokus pada pemecahan hambatan sarana yang paling kritis melalui kolaborasi desa dan sektor terkait (Wongcharoen et al., 2024).

5. KESIMPULAN

Padelegan, Kecamatan Pademawu, Kabupaten Pamekasan, mengindikasikan penguatan literasi kesehatan dan perbaikan konsistensi praktik pencegahan penyakit pada tingkat rumah tangga melalui kombinasi edukasi partisipatif, demonstrasi praktik, dan pendampingan kader. Perubahan yang paling bermakna tampak pada meningkatnya kemampuan peserta menerjemahkan informasi kesehatan menjadi tindakan yang dapat dilakukan secara rutin, serta berfungsinya mekanisme pengingat dan monitoring sederhana sebagai penguat kebiasaan. Kegiatan ini masih memiliki keterbatasan karena evaluasi berbasis rancangan pre-post dan periode pemantauan yang relatif singkat, sehingga keberlanjutan praktik perlu dipantau lebih lanjut. Untuk keberlanjutan dan replikasi, direkomendasikan: (1) integrasi edukasi singkat dan checklist monitoring ke agenda rutin posyandu/PKK minimal bulanan, (2) monitoring pascaprogram selama 3–6 bulan dengan prioritas pada rumah tangga berisiko dan indikator yang belum stabil, (3) penguatan skema kader-pelatih untuk perluasan cakupan ke dusun lain, serta (4) dukungan sarana minimum (fasilitas cuci tangan dan penyimpanan air minum aman) melalui kolaborasi pemerintah desa dan puskesmas.

DAFTAR REFERENSI

- Abdullahi, L., Onyango, J., Mukiira, C., Wamiciwe, J., Githiomi, R., Kariuki, D., Mugambi, C., Wanjohi, P., Githuka, G., Nzioka, C., Orwa, J., Oronje, R., Kariuki, J., & Mayieka, L. (2020). Community interventions in low- and middle-income countries to inform COVID-19 control implementation decisions in Kenya: A rapid systematic review. *PLoS ONE*, 15(12), e0242403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242403>
- Anfuso, G., Postacchini, M., Di Luccio, D., & Benassai, G. (2021). Coastal sensitivity/vulnerability characterization and adaptation strategies: A review. *Journal of Marine Science and Engineering*, 9(1), 72. <https://doi.org/10.3390/jmse9010072>
- Ausserhofer, D., Wiedermann, C., Barbieri, V., Lombardo, S., Gärtner, T., Eisendle, K., Piccoliori, G., & Engl, A. (2025). Preventive health behavior and readiness for self-management in a multilingual adult population: A representative study from Northern Italy. *Nursing Reports*, 15(7), 240. <https://doi.org/10.3390/nursrep15070240>
- Beauchamp, A., Talevski, J., Niebauer, J., Gutenberg, J., Kefalianos, E., Mayr, B., Sareban,

- M., & Kulnik, S. (2022). Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: A scoping review. *Open Heart*, 9(1), e001895. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2021-001895>
- Budge, S., Ambelu, A., Bartram, J., Brown, J., & Hutchings, P. (2022). Environmental sanitation and the evolution of water, sanitation and hygiene. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(5), 286–288. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287137>
- Chen, J., Liu, K., Cheng, Q., & Wang, L. (2025). Modeling health literacy intentions: A structural equation analysis of community residents' willingness to acquire infectious disease-specific health literacy. *BMC Public Health*, 25, 384. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23842-6>
- Dias, S., Gama, A., Maia, A., Marques, M., Fernandes, A. C., Goes, A., Loureiro, I., & Osborne, R. (2021). Migrant communities at the center in co-design of health literacy-based innovative solutions for non-communicable diseases prevention and risk reduction. *Frontiers in Public Health*, 9, 639405. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.639405>
- Dwipayanti, N., Lubis, D., & Harjana, N. P. A. (2021). Public perception and hand hygiene behavior during COVID-19 pandemic in Indonesia. *Frontiers in Public Health*, 9, 621800. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.621800>
- Fenta, E. T., Kidie, A. A., Tiruneh, M. G., Anagaw, T., Bogale, E., Dessie, A. A., Worku, N., Amera, M. G., Tesfa, H., Limenh, L. W., Delie, A., & Ayal, B. G. (2024). Exploring barriers of health literacy on non-communicable disease prevention and care among patients in Northeast Ethiopia. *BMC Public Health*, 24, 18524. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18524-8>
- Gokdemir, O., Kushwaha, P., Shikha, D., Petrazzuoli, F., & Bhattacharya, S. (2024). Editorial: Health literacy and disease prevention (Vol. II). *Frontiers in Public Health*, 12, 1369146. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1369146>
- Hjorthen, S., Sund, E., Kjørholt, A. T., Engevoold, M. H., & Krokstad, S. (2021). Public health in restructuring coastal communities. *Journal of Rural Studies*, 86, 369–379. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2021.08.013>
- Hjorthen, S., Sund, E., Skalická, V., & Krokstad, S. (2020). Understanding coastal public health. *Social Science & Medicine*, 264, 113286. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113286>
- Johar, H., Abdulsalam, F., Guo, Y., Baernighausen, T., Jahan, N., Watterson, J., Leder, K., Gouwanda, D., Ramanathan, G. L., Lee, K. K. C., Mohamed, N., Zakaria, T., Barteit, S., & Su, T. T. (2025). Community-based heat adaptation interventions. *The Lancet Planetary Health*. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(25\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(25)00007-5)
- Kalumbi, L., Thaulo, C., MacPherson, E., & Morse, T. (2020). Perspectives and practices on water, sanitation, and hygiene from a fishing community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6703. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186703>
- Liu, X., Gan, X., Ren, G., Mao, Z., Hu, J., Sha, C., & Wu, J. (2025). Digital health literacy

- and self-management behaviour among elderly patients. *BMC Geriatrics*, 25, 5952. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05952-3>
- Mohamed, M. H., Sharma, H. R., Ilić, P., Elmi, Y., & Adam, A. A. (2025). Assessment of water handling practices in households. *BMC Public Health*, 25, 3595. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23595-2>
- Navidi, I., & Soltani, R. (2025). Health literacy and COVID-19 prevention behaviors among people living with HIV. *AIDS Research and Therapy*, 22, 704. <https://doi.org/10.1186/s12981-025-00704-0>
- Nelson, S., Drabarek, D., Jenkins, A., Negin, J., & Abimbola, S. (2021). Community participation in WASH interventions. *BMJ Open*, 11(8), e053320. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053320>
- Nguyen, T. H. T., Le, H., Le, X., Ngo, T., Phan, H., Vu, G., Nguyen, T. H., Phung, D., Nghiem, S., Vu, T., Nguyen, T., Tran, T., Nam, K., Van Truong, D., Le, T., Tran, B., Latkin, C., Ho, R., & Ho, C. (2021). Interdisciplinary assessment of hygiene practices in multiple locations: Implications for COVID-19 pandemic preparedness in Vietnam. *Frontiers in Public Health*, 8, 589183. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.589183>
- Okesanya, O., Eshun, G., Ukoaka, B., Manirambona, E., Olabode, O. N., Adesola, R., Okon, I., Jamil, S., Singh, A., Lucero-Prisno, D., Ali, H. M., & Chowdhury, A. (2024). Water, sanitation, and hygiene (WASH) practices in Africa: Exploring the effects on public health and sustainable development plans. *Tropical Medicine and Health*, 52, 14. <https://doi.org/10.1186/s41182-024-00614-3>
- Parker, W., Sarafian, J., Broverman, S., & Laman, J. (2021). Between a hygiene rock and a hygienic hard place. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 9(1), 120–130. <https://doi.org/10.1093/emph/eoab006>
- Peralta, L., Forsyth, R., Lapi, N., Amon, K., Metsan, P., Wattelez, G., Chen, J., Galy, O., & Caillaud, C. (2025). Health literacy of adolescents' responses to a workshop focusing on food, nutrition, climate change and digital technology solutions in Oceania. *BMC Public Health*, 25, 1865. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21865-7>
- Sandifer, P. (2023). Linking coastal environmental and health observations for human wellbeing. *Frontiers in Public Health*, 11, 1202118. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1202118>
- Santos, M. C. dos, Silva, A. C. C., Teixeira, C. D. R., Prazeres, F. P. M., Santos, R. F. dos, Rolo, C., de Souza Santos, E., da Fonseca, M. S., Valente, C. O., Hodel, K., Fonseca, L. M. D. S., Fiuza, B. S. D., de Freitas Bueno, R., de Andrade, J. B., & Machado, B. A. S. (2024). Wastewater surveillance for viral pathogens: A tool for public health. *Heliyon*, 10(3), e33873. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e33873>
- Short, H. B., Guare, E. G., Spanos, K., Karakoleva, E. V., Patel, D., Truong, N., Huang, M., Lehman, E., & Mendez-Miller, M. (2024). The impact of a student-led health education clinic on the health literacy and behaviors of a rural community in the United States. *Journal of Community Health*, 49(3), 458–465. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01306-5>

- Short, H., Guare, E., Spanos, K., Karakoleva, E., Patel, D., Truong, N., Huang, M., Lehman, E., & Mendez-Miller, M. (2023). The impact of a student-led health education clinic on the health literacy and behaviors of a rural community in the United States. *Journal of Community Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01306-5>
- Silva, M., & Santos, P. (2021). The impact of health literacy on knowledge and attitudes towards preventive strategies against COVID-19: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5421. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105421>
- Veidemane, K., Reke, A., Ruskule, A., & Vinogradovs, I. (2024). Assessment of coastal cultural ecosystem services and well-being for integrating stakeholder values into coastal planning. *Land*, 13(3), 362. <https://doi.org/10.3390/land13030362>
- Wongcharoen, N., Srirattayawong, T., Panta, P., Ongkulna, K., Teachasub, J., Somboon, T., & Weiangkham, D. (2024). Effects of experiential learning program of community health workers on health literacy and preventive behaviors. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15, 21501319231217904. <https://doi.org/10.1177/21501319231217904>
- Wu, M., Wang, W., He, H., Bao, L., & Lv, P. (2025). Mediating effects of health literacy, self-efficacy, and social support on patient participation behavior among chronic ill patients. *Patient Preference and Adherence*, 19, 1337–1350. <https://doi.org/10.2147/PPA.S513375>
- Zoungrana, S. (2024). “Poor and dirty”: Unintended consequences in a hygiene material distribution in Burkina Faso. *Health & Place*, 90, 103358. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2024.103358>