

Pemberdayaan Kader melalui Pelatihan Skrining dan Edukasi Risiko Rematik pada Program KADER AKSI SENDI di Desa Bulusari Banyuwangi

Faradiva Husna Azizah¹, Jhonatan Rameldo Hutasoit¹, Diansanto Prayoga¹

¹Program studi kesehatan masyarakat, Universitas Airlangga

INFO ARTIKEL	ABSTRAK
Diserahkan 17/04/2026 Direvisi 26/04/2026 Diterima 05/05/2026 Diterbitkan 14/05/2026	<i>Gangguan sendi dan rematik merupakan masalah kesehatan yang dapat menurunkan kualitas hidup, sedangkan deteksi dini dan edukasi kesehatan di tingkat masyarakat masih terbatas. Kegiatan ini bertujuan meningkatkan pengetahuan kader Posyandu dalam melakukan skrining risiko gangguan sendi dan memberikan edukasi kesehatan melalui Program KADER AKSI SENDI di Desa Bulusari, Kabupaten Banyuwangi. Program melibatkan 16 kader dari delapan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP). Metode yang digunakan adalah communitybased empowerment melalui koordinasi, pelatihan partisipatif, simulasi skrining, pendampingan, evaluasi, dan perencanaan keberlanjutan. Pengetahuan kader dievaluasi menggunakan kuesioner pre-test dan post-test sebanyak 12 butir yang telah dikaji dan disetujui oleh bidan desa, pemegang program Prolanis Puskesmas Kelir, dan dosen pembimbing lapangan. Nilai rata-rata pengetahuan kader meningkat dari 84,4 pada pre-test menjadi 98,1 pada post-test. Kader juga mulai menerapkan skrining risiko rematik dan edukasi kesehatan sendi dalam kegiatan Posyandu ILP dengan menggunakan buku saku, leaflet, dan poster. Program KADER AKSI SENDI menunjukkan hasil positif dalam meningkatkan pengetahuan kader dan mendukung pelaksanaan skrining risiko rematik di Posyandu ILP Desa Bulusari.</i>
Kata Kunci: Edukasi, Kader, Pengabdian, Posyandu, Rematik, Skrining	
Corresponding author email: faradiva.husna.azizah-2023@fikkia.unair.ac.id	 Copyright© Author (2026). Published by Alesha Media Digital. This is an open access article under the CC BY SA license. All writings published in this journal are personal views of the author and do not represent the views of this journal and the author's affiliated institutions.

1. PENDAHULUAN

Gangguan muskuloskeletal, termasuk berbagai jenis rematik seperti osteoarthritis dan rheumatoid arthritis, merupakan salah satu tantangan kesehatan masyarakat global yang terus berkembang. Kondisi ini tidak hanya menyebabkan keterbatasan aktivitas fisik dan penurunan kualitas hidup, tetapi juga menimbulkan beban ekonomi yang besar akibat biaya perawatan jangka panjang dan hilangnya produktivitas kerja [1]. Menurut World Health Organization (WHO), lebih dari 1,71 miliar orang di seluruh dunia mengalami gangguan muskuloskeletal, menjadikannya sebagai penyebab utama disabilitas secara global [1]. Studi Global Burden of Disease 2019 turut mengonfirmasi bahwa gangguan ini memberikan kontribusi signifikan terhadap years lived with disability (YLDs), terutama pada populasi usia dewasa dan lansia [2].

Di Indonesia, prevalensi penyakit sendi tercatat sebesar 7,3% berdasarkan data Riset Kesehatan

Dasar (Riskesdas) 2018 dan menunjukkan kecenderungan meningkat seiring pertambahan usia [3]. Meskipun demikian, pemahaman masyarakat mengenai faktor risiko, gejala awal, dan langkahlangkah pencegahan gangguan sendi masih tergolong rendah. Di sisi lain, pelaksanaan skrining dini di Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP) juga belum berjalan secara optimal, sehingga banyak kasus rematik yang baru

terdeteksi pada stadium lanjut ketika komplikasi sudah terjadi [4].

Kondisi serupa ditemukan di Desa Bulusari, Kecamatan Kalipuro, Kabupaten Banyuwangi.

Berdasarkan Profil Desa Bulusari tahun 2025, secara geografis, desa ini terletak di kaki Pegunungan Ijen dengan karakteristik topografi perbukitan. Mayoritas penduduk bersuku Osing dan sebagian besar bekerja di sektor pertanian dan perkebunan [5]. Tingkat pendidikan yang didominasi lulusan SD/ sederajat (75,85%), dengan hanya 0,99% yang menempuh pendidikan perguruan tinggi [5]. Kombinasi aktivitas kerja fisik yang berat, rendahnya tingkat pendidikan, dan keterbatasan akses layanan kesehatan di beberapa wilayah merupakan faktor-faktor yang berpotensi memperburuk kondisi kesehatan muskuloskeletal masyarakat setempat. Kondisi ini dipertegas oleh data Sistem Informasi Manajemen Puskesmas Kabupaten Banyuwangi (SIMPUSWANGI) tahun 2025, yang mencatat peningkatan kasus rematik di wilayah kerja Puskesmas Kelir dari 8 kasus menjadi 10 kasus dibandingkan tahun sebelumnya [6]. Walaupun angka absolut ini tergolong kecil, tren peningkatan tersebut perlu diwaspadai mengingat luasnya faktor risiko yang ada di komunitas ini.

Analisis masalah menggunakan pendekatan PRECEDE-PROCEED mengidentifikasi tiga faktor utama yang berkontribusi terhadap permasalahan tersebut, yaitu: rendahnya pengetahuan masyarakat tentang gangguan sendi, keterbatasan media edukasi yang tersedia, serta belum optimalnya kapasitas kader dalam melakukan skrining dan edukasi kesehatan sendi. Hasil penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG (Urgency, Seriousness, Growth) menegaskan bahwa permasalahan rematik menjadi prioritas utama yang perlu ditangani secara terstruktur di Desa Bulusari.

Intervensi berbasis pemberdayaan masyarakat (community based empowerment) telah terbukti efektif dalam pengendalian penyakit kronis, khususnya melalui penguatan peran kader sebagai peer educator [7]. Dalam pendekatan ini, kader yang memiliki kedekatan sosial dengan masyarakat sasaran dinilai lebih mampu menyampaikan pesan kesehatan secara persuasif dan kontekstual karena komunikasi yang dilakukan bersifat horizontal dan berbasis kepercayaan komunitas [7]. Sejumlah studi di Indonesia mengonfirmasi bahwa pelatihan partisipatif yang disertai praktik langsung secara konsisten meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader secara signifikan, baik dalam konteks deteksi dini penyakit tidak menular seperti hipertensi dan diabetes [8], maupun pemberdayaan kader lansia untuk pemantauan faktor risiko metabolik termasuk asam urat [9].

Meskipun demikian, sebagian besar intervensi yang ada masih berfokus pada isu stunting, kesehatan ibu dan anak, serta penyakit tidak menular umum [8][9]. Berdasarkan penelusuran literatur yang dilakukan, belum ditemukan program terstruktur yang secara khusus melatih kader Posyandu dalam skrining dan edukasi risiko gangguan sendi dan rematik sebagai entitas tersendiri dalam alur pelayanan Posyandu ILP. Belum pula ditemukan program yang secara sistematis mengintegrasikan formulir skrining risiko rematik terstandar beserta media edukasi ke dalam pelayanan rutin posyandu berbasis konteks lokal. Kesenjangan inilah yang menjadi dasar pengembangan Program KADER AKSI SENDI.

Berbeda dengan program pelatihan kader sebelumnya yang bersifat umum, Program KADER AKSI SENDI dirancang secara spesifik untuk meningkatkan kapasitas kader dalam skrining risiko rematik dan edukasi kesehatan sendi, sekaligus mengintegrasikannya ke dalam alur pelayanan Posyandu ILP. Program ini bertujuan untuk: (1) meningkatkan pengetahuan kader mengenai faktor risiko, gejala awal, dan pencegahan rematik; (2) meningkatkan keterampilan kader dalam melaksanakan prosedur skrining risiko rematik menggunakan formulir standar melalui pelatihan dan simulasi; serta (3) mengintegrasikan kegiatan skrining dan edukasi risiko rematik ke dalam pelayanan rutin pada meja 4 dan 5 Posyandu ILP Desa Bulusari. Melalui pendekatan ini, diharapkan tercipta sistem deteksi dini yang berkelanjutan, sekaligus berkontribusi pada pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) ke-3 (kesehatan yang baik dan sejahtera) dan ke-17 (kemitraan untuk mencapai tujuan).

2. METODE PELAKSANAAN

Kegiatan pengabdian ini dilaksanakan pada tanggal 10 Januari 2026 bertempat di Balai Desa Bulusari, Kecamatan Kalipuro, Kabupaten Banyuwangi. Sasaran kegiatan adalah 16 kader kesehatan aktif yang merupakan perwakilan dari delapan Posyandu ILP di Desa Bulusari, yaitu Posyandu Pisang, Manggis, Semangka, Melon, Anggur, Durian, Salak, dan Alpokat, masing-masing mengirimkan dua kader. Metode pelaksanaan mengacu pada pendekatan *community based empowerment* yang menekankan peningkatan kapasitas melalui pelatihan partisipatif, praktik langsung, dan pendampingan berkelanjutan [10]. Alur kegiatan terdiri dari lima tahap yang saling berkesinambungan, sebagaimana digambarkan pada *Gambar 1*.



Gambar 1. Alur tahapan kegiatan pengabdian

2.1 Tahap Koordinasi Program

Tahap awal dilakukan melalui koordinasi lintas sektor yang melibatkan pemerintah desa, kader kesehatan, dan bidan desa. Koordinasi ini bertujuan untuk menyampaikan tujuan dan mekanisme pelaksanaan program, menyepakati jadwal dan teknis kegiatan, serta mengidentifikasi kebutuhan pelatihan kader. Identifikasi kebutuhan dilakukan melalui diskusi interaktif yang menggali kondisi pengetahuan kader tentang rematik, kemampuan skrining dini, dan keterampilan komunikasi edukatif. Hasil identifikasi dijadikan dasar penyusunan media edukasi berupa buku saku kader, leaflet, poster, dan formulir skrining yang dirancang sesuai dengan kondisi dan kapasitas kader di lapangan.

2.2 Tahap Pelaksanaan Pelatihan

Pelatihan dilaksanakan dalam empat sesi yang disusun secara sistematis dan progresif dengan total durasi 105 menit, yang terdiri atas: (1) pengenalan Program KADER AKSI SENDI dan peran kader (10 menit); (2) penyampaian materi mengenai rematik yang mencakup definisi, faktor risiko, gejala awal, dan pencegahan (20 menit); (3) penjelasan penggunaan formulir skrining dan sistem scoring risiko rematik, dengan sistem scoring tiga kategori (rendah: skor 0-3, sedang: skor 4-6, tinggi: skor ≥ 7) (10 menit); dan (4) simulasi skrining serta praktik komunikasi edukatif melalui metode role play (20 menit). Kegiatan pelatihan juga mencakup pre-test (15 menit), post-test (15 menit), serta diskusi dan umpan balik (15 menit).

2.3 Tahap Pendampingan dan Implementasi

Pendampingan dilaksanakan pasca pelatihan pada saat kader mulai menerapkan keterampilan barunya dalam kegiatan Posyandu ILP. Tim pelaksana melakukan monitoring langsung untuk memastikan prosedur skrining dan edukasi dilaksanakan sesuai panduan yang telah ditetapkan. Pendampingan ini secara khusus ditujukan untuk meningkatkan kepercayaan diri kader, terutama pada tahap awal implementasi ketika kader masih memerlukan bimbingan praktis di lapangan. Penggunaan buku saku sebagai panduan lapangan membantu kader dalam menyampaikan informasi secara lebih sistematis kepada masyarakat.

2.4 Tahap Evaluasi

Kuesioner pre-test dan post-test yang terdiri atas 12 butir soal pilihan ganda telah dikaji dan mendapat persetujuan dari tiga validator, yaitu bidan Desa Bulusari, pemegang program Prolanis Puskesmas Kelir, dan

dosen pembimbing lapangan, untuk memastikan kesesuaian isi dengan tujuan program serta tingkat pemahaman kader. Seluruh media yang digunakan, meliputi buku saku kader, formulir skrining risiko rematik, leaflet, dan poster, juga telah melalui proses kajian dan persetujuan oleh validator yang sama sebelum digunakan di lapangan.

Evaluasi program dilakukan melalui pengukuran pengetahuan menggunakan kuesioner pretest dan post-test yang mencakup materi rematik, prosedur skrining, sistem scoring, dan teknik komunikasi edukatif. Keberhasilan program dinilai dengan membandingkan skor rata-rata pre-test dan post-test untuk melihat peningkatan pengetahuan kader setelah pelatihan [11]. Selain itu, kesiapan kader dalam melaksanakan prosedur skrining dipantau secara langsung selama simulasi guna memastikan kader memperoleh umpan balik yang memadai sebelum implementasi di lapangan.

2.5 Keberlanjutan Program

Strategi keberlanjutan program dirancang melalui dua pendekatan utama. Pertama, pembentukan grup komunikasi berbasis WhatsApp yang melibatkan seluruh kader, bidan desa, dan tim pelaksana sebagai sarana koordinasi, konsultasi teknis, dan pelaporan hasil skrining secara berkala. Kedua, integrasi kegiatan skrining risiko rematik ke dalam alur pelayanan rutin Posyandu ILP, khususnya pada sasaran usia dewasa dan lansia di meja pelayanan 4 dan 5. Strategi ini memastikan program berjalan secara berkelanjutan sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan desa yang sudah berjalan, bukan sebagai kegiatan yang bersifat incidental [12][13].

3. HASIL & PEMBAHASAN

Pelaksanaan Program KADER AKSI SENDI berjalan secara bertahap sesuai dengan rancangan yang telah ditetapkan. Pendekatan *community based empowerment* yang diterapkan terbukti mampu mengoptimalkan partisipasi dan keterlibatan aktif seluruh kader selama proses pelatihan hingga implementasi [7]. Berikut diuraikan hasil dari masing-masing tahap kegiatan.

3.1 Tahap Koordinasi Program

Koordinasi awal yang melibatkan pemerintah desa, kader kesehatan, dan bidan desa berjalan dengan baik dan menghasilkan kesepahaman bersama mengenai pentingnya program deteksi dini dan edukasi kesehatan sendi di tingkat masyarakat. Seluruh pihak yang terlibat menunjukkan komitmen dan antusiasme yang tinggi terhadap program ini.

Berdasarkan hasil identifikasi kebutuhan melalui diskusi interaktif, ditemukan bahwa sebagian besar kader masih memiliki keterbatasan dalam tiga aspek utama: pemahaman komprehensif mengenai rematik dan faktor risikonya, kemampuan teknis dalam melakukan skrining dini, serta keterampilan komunikasi edukatif yang efektif kepada masyarakat. Temuan ini menjadi landasan penyusunan kurikulum pelatihan dan pengembangan media edukasi. Media yang dihasilkan meliputi buku saku kader berisi panduan praktis rematik dan skrining, *leaflet* untuk dibagikan kepada masyarakat, poster untuk dipasang di area Posyandu, serta formulir skrining risiko rematik dengan sistem scoring terstandar. Kegiatan koordinasi program ditampilkan pada *Gambar 2*.



Gambar 2. Kegiatan koordinasi program bersama stakeholder

3.2 Tahap Pelaksanaan Pelatihan

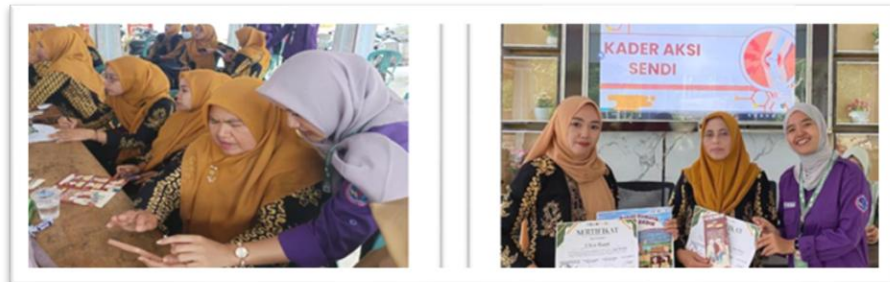
Pelatihan yang dilaksanakan pada tanggal 10 Januari 2026 di Balai Desa Bulusari berlangsung dengan suasana yang interaktif dan kondusif. Seluruh 16 kader dari delapan Posyandu hadir dan terlibat aktif sepanjang kegiatan. Antusiasme kader terlihat jelas terutama pada sesi diskusi dan role play, yang ditandai dengan keaktifan dalam mengajukan pertanyaan dan berbagi pengalaman lapangan.

Pendekatan ceramah interaktif yang disertai praktik langsung dan metode role play memberikan pengalaman belajar yang komprehensif dan aplikatif bagi kader. Metode ini terbukti lebih efektif dalam meningkatkan pemahaman dan keterampilan praktis dibandingkan metode konvensional yang hanya bersifat satu arah [14]. Keterlibatan bidan desa sebagai narasumber turut memberikan konteks yang relevan dengan kondisi pelayanan kesehatan di tingkat komunitas. Penyampaian materi dan kegiatan pengerjaan pre-test dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Penyampaian materi dan pengerjaan pre-post test

Sesi simulasi skrining memungkinkan kader untuk berlatih mengisi formulir secara langsung melalui Google Form, menginterpretasikan hasil skoring, dan menyampaikan rekomendasi tindak lanjut kepada sasaran dalam lingkungan yang aman. Setelah pelatihan selesai, kader diberikan sertifikat dan media edukasi berupa buku saku, leaflet, dan poster untuk digunakan di Posyandu ILP, sebagaimana tampak pada Gambar 4.



Gambar 4. Praktik pengisian google form skrining rematik dan pemberian sertifikat serta media edukasi kepada kader

3.3 Tahap Pendampingan dan Implementasi

Pada tahap pendampingan, kader mulai mengimplementasikan hasil pelatihan dalam kegiatan Posyandu ILP dengan pengawasan langsung dari tim pelaksana. Hasil pengamatan menunjukkan bahwa kader mampu menjalankan prosedur skrining dan memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat menggunakan media yang telah disediakan. Beberapa kader yang pada awalnya tampak ragu-ragu dalam menggunakan formulir skrining menunjukkan peningkatan kepercayaan diri yang signifikan setelah mendapat arahan langsung dari tim pendamping, yang mengindikasikan bahwa pendampingan on-site merupakan komponen penting dalam siklus pelatihan kader [7]. Dokumentasi kegiatan pendampingan ditampilkan pada Gambar 5.

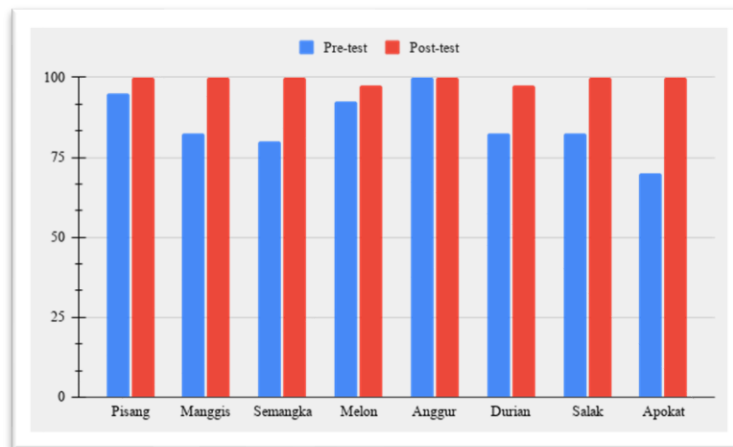


Gambar 5. Pendampingan langsung kader di posyandu ILP

Penggunaan buku saku sebagai panduan lapangan terbukti sangat membantu kader, khususnya untuk mengingat langkah-langkah skrining dan poin-poin edukasi yang perlu disampaikan. *Leaflet* dan poster yang dipasang di area Posyandu juga menjadi media efektif untuk menarik perhatian masyarakat dan memfasilitasi diskusi kesehatan yang lebih natural antara kader dan sasaran. Hal ini konsisten dengan temuan berbagai studi yang menunjukkan bahwa kombinasi pelatihan kapasitas dengan penyediaan media komunikasi yang tepat secara signifikan meningkatkan efektivitas kegiatan promosi kesehatan di komunitas [15].

3.4 Tahap Evaluasi

Evaluasi program menghasilkan temuan yang positif dari aspek pengetahuan kader. Secara kuantitatif, nilai rata-rata pre-test sebesar 84,4 meningkat menjadi 98,1 pada post-test, dengan kenaikan sebesar 16,3%. Peningkatan ini menunjukkan bahwa pelatihan memberikan kontribusi positif terhadap peningkatan pengetahuan kader mengenai rematik dan prosedur skrining. Grafik perbandingan hasil pre-test dan post-test per posyandu disajikan pada Gambar 6, yang memperlihatkan bahwa peningkatan terjadi secara merata di seluruh posyandu.



Gambar 6. Grafik perbandingan skor pre-test dan post-test kader per posyandu

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan program ini meliputi penggunaan instrumen dan media yang telah tervalidasi, penerapan metode pelatihan yang interaktif melalui ceramah, diskusi, dan role play, serta keterlibatan bidan desa sebagai narasumber yang memberikan konteks praktis sesuai kondisi pelayanan kesehatan di masyarakat. Tingginya partisipasi kader selama pelatihan juga menjadi faktor penting yang memperkuat proses transfer pengetahuan dan keterampilan. Adapun hambatan yang dijumpai meliputi keterbatasan durasi pelatihan dan variasi kemampuan awal kader antarposyandu. Hambatan tersebut dapat diatasi melalui pendampingan yang lebih terstruktur dan pelatihan penyegaran secara berkala.

Temuan ini konsisten dengan berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa intervensi pelatihan partisipatif secara konsisten meningkatkan kapasitas kader, baik dari sisi pengetahuan maupun keterampilan [14]. Efektivitas pendekatan community-based empowerment yang menempatkan kader sebagai agen perubahan juga telah banyak dibuktikan dalam konteks intervensi kesehatan komunitas di berbagai negara berkembang, termasuk Indonesia [9]. Implikasi praktis dari program ini adalah potensi replikasi di wilayah Posyandu lain dengan karakteristik serupa, khususnya daerah perdesaan dengan tingkat pendidikan rendah dan akses layanan kesehatan terbatas, melalui penyesuaian instrumen dan media sesuai konteks lokal masing-masing.

3.5 Tahap Keberlanjutan Program

Langkah-langkah keberlanjutan program telah berhasil diinisiasi segera setelah pelatihan. Grup komunikasi WhatsApp yang dibentuk telah aktif digunakan oleh kader untuk berkonsultasi dengan bidan desa dan tim pelaksana terkait pertanyaan teknis skrining serta pelaporan hasil kegiatan. Integrasi kegiatan skrining risiko rematik ke dalam alur pelayanan rutin Posyandu ILP telah disepakati bersama dan mulai diterapkan pada sesi pelayanan berikutnya, menjangkau sasaran usia dewasa dan lansia secara berkelanjutan [13]. Kegiatan pendampingan rujukan ke Puskesmas bagi kader dengan sasaran risiko tinggi serta koordinasi keberlanjutan program ditampilkan pada Gambar 7.



Gambar 7. Pendampingan kader rujukan ke puskesmas yang berisiko tinggi dan koordinasi keberlanjutan program

Koordinasi dengan pemerintah desa dan tenaga kesehatan setempat juga telah menghasilkan komitmen untuk mengadopsi Program KADER AKSI SENDI sebagai bagian dari agenda kesehatan desa. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip integrasi program kesehatan ke dalam sistem layanan primer yang sudah berjalan, sehingga keberlanjutannya lebih terjamin [9]. Program ini berpotensi direplikasi di wilayah Posyandu lain dengan penyesuaian konteks lokal masing-masing.

4. KESIMPULAN

Program KADER AKSI SENDI menunjukkan hasil positif dalam meningkatkan pengetahuan kader kesehatan di Desa Bulusari dalam melakukan skrining risiko gangguan sendi dan memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat. Hal ini ditunjukkan oleh peningkatan nilai rata-rata pengetahuan kader dari 84,4 pada pre-test menjadi 98,1 pada posttest, yang menunjukkan bahwa kader telah menguasai materi rematik dan prosedur skrining dengan baik.

Keberhasilan program didukung oleh pendekatan community based empowerment melalui pelatihan

partisipatif, praktik langsung, pendampingan, dan penggunaan media edukasi yang telah tervalidasi. Integrasi kegiatan skrining ke dalam pelayanan rutin Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP) menjadi langkah penting untuk mendukung keberlanjutan program.

Rekomendasi operasional untuk implementasi lanjutan meliputi: (1) evaluasi berkala setiap tiga bulan terhadap konsistensi pelaksanaan skrining di masing-masing posyandu (2) pengembangan mekanisme rujukan terstruktur bagi sasaran dengan kategori risiko tinggi melalui koordinasi antara kader, bidan desa, dan Puskesmas Kelir; serta (3) penguatan kapasitas kader melalui sesi refreshment tahunan disertai pendampingan intensif pada tahap awal implementasi. Program ini berpotensi direplikasi di wilayah lain dengan karakteristik serupa sebagai model intervensi berbasis komunitas yang berkelanjutan untuk pengendalian penyakit muskuloskeletal di Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Puskesmas Kelir, seluruh Posyandu di wilayah Desa Bulusari, perangkat desa, serta seluruh masyarakat Desa Bulusari atas dukungan, kerja sama, dan partisipasi aktif selama pelaksanaan kegiatan pengabdian ini. Apresiasi yang tulus juga disampaikan kepada tim Praktik Kerja Lapangan (PKL) Bulusari serta seluruh pemangku kepentingan yang telah berkontribusi sejak tahap perencanaan hingga penyelesaian kegiatan. Ucapan terima kasih turut penulis sampaikan kepada Yatim Mandiri, BPJS Ketenagakerjaan, dan Yayasan Bhanu Yasa Sejahtera (YABHYSA) Banyuwangi atas dukungan dan fasilitasi yang diberikan sehingga kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik dan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] World Health Organization, "Musculoskeletal conditions," 2023.
- [2] GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," *Lancet*, vol. 396, no. 10258, pp. 1204–1222, Oct. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
- [3] KEMENTERIAN, "Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf," 2018. [Online]. Available: [https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf](https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf)
- [4] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar ({Riskesdas}) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI, 2019.
- [5] Pemerintah Desa Bulusari, "Profil Desa Bulusari Kecamatan Kalipuro Kabupaten Banyuwangi Tahun 2025," Banyuwangi, 2025.
- [6] Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, "Dashboard Analisa Kesehatan {SIMPUSWANGI} 2025," 2025.
- [7] E. S. Sulaeman, *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan: Teori dan Implementasi*, Edisi Revisi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2012.
- [8] Rokhmayanti, S. K. W. Hastuti, F. D. Astuti, and others, "Pemberdayaan kader dalam deteksi dini penyakit tidak menular ({PTM}) sebagai optimalisasi kegiatan {POSBINDU} di Padukuhan Bayen," in *Prosiding Seminar Nasional Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat*, Universitas Ahmad Dahlan, 2021. [Online]. Available: <https://seminar.uad.ac.id/index.php/senimas/article/view/7669>
- [9] D. Setyawati and others, "'Pemberdayaan kader lansia melalui pelatihan dan pendampingan deteksi dini penyakit tidak menular di Desa Tibubeneng, Kabupaten Badung, Provinsi Bali,' *J. Abdi Masy. Indones.*, vol. 6, no. 2, pp. 1427–1438, 2026, doi: 10.54082/jamsi.2729.
- [10] N. D. Kurniawati, M. Makhfudli, N. R. Laili, T. Sukartini, E. D. Wahyuni, and D. Yasmara, "Peningkatan kemampuan melakukan pertolongan pertama pada kecelakaan siswa {SMU} di sekolah menengah umum

- melalui metode simulasi dan role play,” J. Pengabdi. Masy. Dalam Kesehat., vol. 2, no. 1, pp. 1–5, 2020, doi: 10.20473/jpmk.v2i1.18086.
- [11] L. W. Green and M. W. Kreuter, *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*, 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2005.
- [12] S. B. Rifkin, “Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature,” *Health Policy Plan.*, vol. 29, pp. ii98–ii106, 2014, doi: 10.1093/heapol/czu076.
- [13] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Pedoman Posyandu Integrasi Layanan Primer ({ILP}) dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Primer,” Jakarta, 2023.
- [14] W. S. Affarah and D. Zulkarnaen, “Edukasi dan pelatihan skrining penyakit tidak menular (PTM) melalui pemberdayaan kader dan tenaga kesehatan di Posyandu Prima,” J. Pengabdi. Masy. Sasambo, vol. 5, no. 1, pp. 81–88, 2023, doi: 10.32807/jpms.v5i1.1444.
- [15] N. Rohmani and D. Utari, “Pemberdayaan masyarakat melalui pelatihan komunikasi efektif bagi kader posyandu,” J. Pengabdi. Pada Masy., vol. 5, no. 1, pp. 167–174, 2020, doi: 10.30653/002.202051.271.