

Evaluasi Implementasi Kebijakan Kesehatan Kebersihan Diri Suku Anak Dalam di Kabupaten Batanghari, Provinsi Jambi

Neneng Eva Anggraeni^{1*}, Nina², Iin Maya Fitri³

^{1,2}Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Indonesia Maju, Jakarta

^{1,3}Dinas Kesehatan Kabupaten Batang Hari, Provinsi Jambi

Abstrak

Suku Anak Dalam adalah komunitas adat terpencil yang menghadapi keterbatasan akses layanan kesehatan, terutama dalam praktik kebersihan diri. Rendahnya kebersihan diri menyebabkan tingginya risiko penyakit menular dan masalah kesehatan lainnya. Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan dan program kebersihan diri, tetapi implementasinya belum optimal. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi implementasi kebijakan kebersihan diri pada Suku Anak Dalam, mengidentifikasi hambatan, serta merumuskan rekomendasi perbaikan. Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi partisipatif terhadap anggota komunitas, tenaga kesehatan, dan pemangku kebijakan. Hasil menunjukkan kendala utama adalah keterbatasan sumber daya manusia dan fasilitas sanitasi, rendahnya pemahaman masyarakat, serta kurangnya pendekatan budaya dalam pelaksanaan program. Koordinasi lintas sektor yang belum terstruktur dan minimnya pendampingan juga melemahkan efektivitas program. Kesimpulan menegaskan perlunya pendekatan intersektoral berbasis kearifan lokal, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, dan penyediaan sarana kebersihan yang memadai. Rekomendasi meliputi penguatan edukasi kesehatan berbasis budaya, peningkatan koordinasi antar pemangku kepentingan, dan keterlibatan tokoh adat untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat.

Kata Kunci: Kebersihan diri, Kebijakan kesehatan, Suku Anak Dalam

Abstract

The Suku Anak Dalam is a remote indigenous community that faces limited access to healthcare services, particularly in personal hygiene practices. Poor personal hygiene increases the risk of infectious diseases and other health problems. The government has issued policies and programs on personal hygiene, but their implementation has not been optimal. This study aims to evaluate the implementation of personal hygiene policies among the Suku Anak Dalam, identify obstacles, and formulate recommendations for improvement. A qualitative method with a case study approach was employed. Data were collected through in-depth interviews and participatory observations involving community members, healthcare workers, and policymakers. The findings indicate that the main challenges include limited human resources and sanitation facilities, low public awareness, and the lack of cultural approaches in program implementation. Unstructured cross-sectoral coordination and minimal mentoring further undermine program effectiveness. The conclusion emphasizes the need for an intersectoral approach based on local wisdom, capacity building for healthcare workers, and the provision of adequate hygiene facilities. Recommendations include strengthening culturally-based health education, improving coordination among stakeholders, and involving traditional leaders to encourage behavioral change within the community.

Keywords: Personal hygiene, health policy, Suku Anak Dalam

Pendahuluan

Kesehatan sebagai hak dasar diwujudkan melalui PHBS, mencakup kebersihan diri, sanitasi, dan pola makan sehat untuk mencegah penyakit. Namun, di Indonesia implementasinya terhambat akses air bersih, rendahnya pendidikan dan kesadaran, keterbatasan tenaga kesehatan, infrastruktur, serta budaya lokal yang belum mendukung perubahan perilaku⁽¹⁾. Di negara berkembang seperti Indonesia, implementasi PHBS masih menghadapi banyak kendala. WHO mencatat lebih dari 2,2 juta kematian tiap tahun akibat penyakit yang dapat dicegah melalui sanitasi dan kebersihan. Di komunitas terpencil seperti Suku Anak Dalam (SAD), tantangan bertambah karena minimnya akses air bersih, sanitasi, dan edukasi⁽²⁾.

*Korespondensi:

Neneng Eva Anggraeni, Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju, Jakarta, Jl. Harapan No.50 Lenteng Agung Jakarta Selatan, Email: aqisnea@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.70304/jmsi.v5i01.87>

Copyright © 2026, Jurnal Masyarakat Sehat Indonesia, E-ISSN: 2828-1381, P-ISSN: 2828-738X

Salah satu aspek utama dalam PHBS adalah kebersihan pribadi, yang mencakup praktik seperti mandi, mencuci tangan, dan menjaga kebersihan tubuh. Meskipun 70-90% penduduk Indonesia secara rutin mandi setiap hari, angka ini menurun drastis di wilayah terpencil, hanya sekitar 40-60% karena keterbatasan air bersih. Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sebelum makan hanya dilakukan oleh 50-70% masyarakat perkotaan, sementara di daerah terpencil, angka ini lebih rendah, sekitar 30-50%. Keterbatasan akses terhadap sarana dan pengetahuan kebersihan tubuh meningkatkan risiko infeksi kulit, gangguan pencernaan, dan penyakit menular lainnya yang memperburuk kualitas hidup masyarakat^{(1),(3-5)}. Indonesia menghadapi tantangan kebijakan kesehatan karena faktor geografis, sosial-budaya, dan keragaman suku. Suku Anak Dalam di Jambi rentan penyakit menular akibat hidup nomaden, minim layanan kesehatan, dan rendahnya pengetahuan kebersihan diri⁽²⁻⁴⁾.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jambi 2023, tercatat 99.338 kasus diare di Jambi, termasuk 8.444 di Batanghari. Komunitas SAD masih menghadapi kesulitan menerapkan hidup sehat meski sebagian telah beradaptasi. Berdasarkan data yang diperoleh pada 2022, terdapat 70.882 kasus diare di Provinsi Jambi, dengan 1.906 kasus (2,69%) terjadi pada komunitas Suku Anak Dalam (SAD). Tahun 2023, kasus diare meningkat menjadi 99.338, dan kasus pada SAD naik menjadi 1.987, namun proporsinya menurun menjadi 2,00%. Penurunan ini kemungkinan disebabkan oleh perbaikan sanitasi, kebersihan diri, atau upaya pencegahan yang lebih efektif di komunitas SAD. Data ini mencerminkan tren positif meskipun kasus total meningkat⁽⁶⁾.

Berbagai kebijakan telah diterapkan oleh pemerintah untuk mengatasi permasalahan ini, termasuk program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dan pembangunan pemukiman permanen bagi SAD. Namun, implementasi kebijakan tersebut masih menghadapi hambatan besar, seperti hambatan geografis, rendahnya tingkat pendidikan, dan resistensi budaya. Di Desa Hajran, Kabupaten Batanghari, misalnya, meskipun telah diberikan bantuan pemukiman oleh pemerintah dan sektor swasta, tingkat adopsi kebersihan diri tetap rendah akibat keterbatasan akses terhadap fasilitas sanitasi yang memadai⁽⁷⁻⁹⁾.

Meskipun STBM diterapkan di 103 desa Batanghari, komunitas SAD masih kesulitan akses sanitasi, terutama di daerah terpencil. Dari 78.614 KK, hanya sebagian menjalankan PHBS. Hambatan geografis, infrastruktur terbatas, dan pendekatan yang belum berbasis budaya lokal menyebabkan hasil program belum optimal⁽⁹⁾. Kebijakan edukasi kebersihan diri bagi Suku Anak Dalam (SAD) telah dijalankan, namun efektivitasnya terbatas akibat materi yang kurang sesuai dengan budaya dan keterbatasan sumber daya. Diperlukan pendekatan edukasi yang sensitif budaya. Pola hidup SAD terbagi dua: menetap dan belum menetap. Kebersihan diri yang rendah, seperti penggunaan air sungai tercemar dan minimnya cuci tangan, memperburuk kesehatan. Data Kemenkes menunjukkan penyakit terkait kebersihan menjadi penyebab utama kematian anak-anak di komunitas terpencil seperti SAD⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Penelitian ini bertujuan mengevaluasi kebijakan kebersihan diri SAD Batanghari 2024, mengidentifikasi faktor pendukung dan hambatan, serta merekomendasikan strategi berbasis budaya, sanitasi, kolaborasi, layanan keliling, pemberdayaan ekonomi, dan evaluasi berkelanjutan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih, akses kesehatan, dan menurunkan penyakit menular.

Metode

Penelitian kualitatif studi kasus ini meneliti implementasi kebijakan kebersihan diri berdasarkan PP No. 40/2016 di komunitas Suku Anak Dalam Desa Hajran, Kecamatan Batin XXIV. Sebanyak 30 anggota SAD menjadi informan utama, dengan dukungan empat petugas puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan Batanghari, dan Kepala Puskesmas. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi untuk mengeksplorasi pengetahuan, sikap, serta praktik kebersihan diri.

Analisis dilakukan secara tematik, di mana temuan diorganisasi dalam format input, proses, dan output untuk memetakan faktor yang mendukung, hambatan, serta hasil implementasi kebijakan. Validitas data dijaga melalui triangulasi sumber dan teknik, serta member checking. Penelitian ini mematuhi prinsip etika penelitian, termasuk memperoleh informed consent, menjaga kerahasiaan, dan menjamin anonimitas partisipan.

Hasil

Penelitian ini melibatkan 16 informan kunci yang dipilih *purposive* dari komunitas SAD dan pelaksana kebijakan kesehatan di Desa Hajran, Batanghari, terkait implementasi kebijakan kebersihan diri.

Tabel 1. Karakteristik Informan

Kategori Informan	Jumlah	Keterangan
Informan Utama	10	Anggota Suku Anak Dalam (1a s.d. 1j)
Informan Pendukung I	4	Petugas Kesehatan Puskesmas (2a s.d. 2d)
Informan Pendukung II	1	Kepala Dinas Kesehatan (3a)
Informan Pendukung III	1	Kepala Puskesmas (4a)

Hasil Wawancara Mendalam

Input

Instansi terkait telah melaksanakan program PIS-PK dan penyuluhan PHBS di Desa Hajran untuk meningkatkan kebersihan diri SAD, namun keterbatasan akses, tenaga, dan materi yang kurang sensitif budaya membuat jangkauan program tidak merata dan perubahan perilaku berjalan lambat. Salah satu informan dari Puskesmas menyatakan:

"Kami sudah menjalankan program pendekatan keluarga melalui PIS-PK, termasuk penyuluhan PHBS sejak 2021." (L,50)

Kebijakan ada, namun manfaat belum dirasakan SAD karena pelaksanaan kurang menyentuh aspek kultural:

"Sudah ada kebijakan dari dinas, tapi belum menyentuh aspek budaya lokal SAD." (L,48)

Seorang warga SAD mengaku tidak tahu kebijakan karena minim komunikasi dan kehadiran petugas:

"Kalau kebijakan kami tidak tahu. Belum pernah dengar, jarang ada petugas ke sini." (L,40)

Kebijakan didukung tenaga kesehatan dan fasilitas kebersihan; petugas puskesmas ditempatkan dekat SAD dan dibantu kader lokal untuk menjangkau layanan efektif:

"Kami tempatkan tenaga kesehatan khusus di Puskesmas terdekat, dibantu oleh kader lokal." (L,50)

Namun, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dan kondisi geografis yang menantang membuat intervensi tidak selalu merata:

"Belum cukup, karena wilayah kerja luas. Masih sangat terbatas, terutama air bersih dan tempat sampah." (L,48)

Seorang warga SAD juga menyatakan bahwa kehadiran petugas sangat jarang, dan meskipun bantuan pernah diterima, kebutuhan dasar seperti air bersih tetap belum terpenuhi secara konsisten:

"Petugas kesehatan jarang ke sini. Kalau bantuan sabun dll, sudah pernah, tapi air bersih tetap sulit." (P,35)

Tingkat pengetahuan kebersihan diri masyarakat SAD masih rendah, meski ada kemajuan pada sebagian warga setelah penyuluhan rutin dari petugas kesehatan:

"Masih rendah, karena mereka belum terbiasa dengan praktik modern, tapi ada kemajuan sejak dilakukan penyuluhan rutin." (L,50)

Hal serupa disampaikan oleh informan lain:

"Sebagian mulai paham, tapi banyak yang belum menyadari pentingnya kebersihan." (L,48)

"Masih rendah, perlu edukasi terus menerus." (L,42)

Kebijakan PIS-PK dan PHBS pada SAD belum merata dan kurang berbasis budaya; keterbatasan SDM, fasilitas, serta pemahaman menghambat, perlu pendekatan partisipatif berkelanjutan. Hasil Observasi yang telah dilakukan pada SAD dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Tabel 2. Hasil Observasi Aspek Input

No.	Aspek yang Diamati	Hasil Observasi	Keterangan / Kesimpulan
1.	Ada kampanye atau sosialisasi kebersihan diri di komunitas	Ya, sosialisasi dilakukan secara berkala oleh tenaga kesehatan dan kader desa.	Sosialisasi sudah berjalan namun perlu peningkatan cakupan dan frekuensi.
2.	Kebijakan kebersihan diri diterapkan langsung di komunitas SAD	Ya, kebijakan diterapkan melalui berbagai kegiatan masyarakat dan posyandu.	Implementasi kebijakan sudah ada namun pelaksanaannya masih perlu penguatan.
3.	Tenaga kesehatan hadir secara rutin di komunitas	Ya, tenaga kesehatan hadir secara rutin untuk monitoring dan edukasi.	Kehadiran tenaga kesehatan cukup mendukung pelaksanaan kebijakan.
4.	Tenaga kesehatan melakukan edukasi tentang kebersihan diri	Ya, edukasi dilakukan dengan pendekatan langsung dan interaktif kepada masyarakat.	Edukasi efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat.
5.	Tersedia toilet umum yang layak di komunitas	Toilet umum tersedia namun kondisinya kurang terawat dan terbatas jumlahnya.	Fasilitas perlu diperbaiki dan ditambah agar lebih memadai.
6.	Sumber air bersih tersedia dan mudah diakses	Sumber air bersih tersedia tetapi akses untuk sebagian warga masih sulit.	Perlu upaya meningkatkan akses air bersih ke seluruh bagian komunitas.
7.	Informasi tentang kebersihan diri dipajang di tempat umum/media	Informasi dipajang di balai desa dan posyandu, namun belum merata ke seluruh desa.	Perlu diperluas penyebaran informasi agar menjangkau seluruh masyarakat.
8.	Praktik kebersihan diri di masyarakat SAD (mencuci tangan, mandi, menggunakan toilet)	Mayoritas masyarakat sudah melakukan praktik kebersihan diri yang baik.	Perilaku positif ini harus dipertahankan dan ditingkatkan melalui edukasi berkelanjutan.
9.	Masyarakat mematuhi anjuran kebersihan dari tenaga kesehatan	Kepatuhan masyarakat cukup tinggi terhadap anjuran tenaga kesehatan.	Kepatuhan ini menjadi modal penting dalam keberhasilan pelaksanaan kebijakan.

Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan terkait aspek input ini menunjukkan bahwa edukasi kebersihan diri telah dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader, namun cakupannya masih terbatas. Kehadiran petugas dinilai positif, dan kepatuhan masyarakat mulai meningkat. Kendala utama adalah keterbatasan fasilitas seperti toilet dan air bersih. Pelaksanaan program seperti PIS-PK dan PHBS belum merata serta kurang mempertimbangkan budaya lokal. Sumber daya juga terbatas, dan pengetahuan masyarakat SAD tentang kebersihan diri masih rendah, meski ada sedikit peningkatan dari edukasi yang diberikan.

Proses

Pelaksanaan kebijakan kebersihan diri SAD dipengaruhi isi dan proses, mencakup komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, serta struktur birokrasi dan koordinasi lintas sektor. Informasi kebijakan SAD disampaikan personal lewat tokoh adat, efektif karena

kedekatan dengan masyarakat. Salah satu informan menjelaskan:

"Menggunakan pendekatan personal dan melalui tokoh adat, agar lebih diterima." (L,50)

Namun, proses ini tidak selalu berjalan lancar. Beberapa informan menyebutkan bahwa kendala bahasa dan keterbatasan akses membuat informasi sulit tersampaikan secara optimal:

"Disampaikan langsung saat kunjungan, tetapi keterbatasan bahasa jadi tantangan." (L,48)

"Dengar dari kepala rombongan atau dari desa." (P,37)

Pendekatan komunikasi adaptif kearifan lokal SAD terhambat teknis dan geografis; fasilitas sanitasi mulai tersedia, namun distribusi belum merata terutama di lokasi terpencil. Informan menyebutkan:

"Sudah dibangun beberapa MCK umum dan sumber air bersih, tapi belum merata." (L,50)

"Masih kurang fasilitas, terutama di lokasi terpencil." (L,48)

Kurangnya kehadiran petugas secara rutin juga menjadi salah satu penyebab fasilitas tersebut kurang dimanfaatkan secara optimal:

"Kurang sering datang ke sini." (L,44)

Fakta ini menunjukkan sarana fisik saja tak menjamin perubahan perilaku tanpa pendampingan; petugas kesehatan bersikap positif, menilai intervensi kebersihan SAD sebagai tantangan penting. Hal ini tercermin dari pernyataan:

"Petugas kami umumnya antusias, karena merasa tantangan ini penting untuk diselesaikan." (L,50)

Namun, pelaksana juga menghadapi kendala internal seperti kelelahan akibat beban kerja yang tinggi dan terbatasnya jumlah petugas:

"Tenaga kesehatan sudah berkomitmen meski terkadang kelelahan." (L,48)

"Petugas kurang sering datang ke sini." (L,33)

Konsistensi kehadiran pelaksana menjadi faktor penting dalam menjamin kelangsungan dan keberhasilan intervensi. Sistem operasional dan koordinasi lintas sektor telah dibangun sejak awal pelaksanaan program. Beberapa SOP telah disusun dan koordinasi rutin dilakukan antara Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan Dinas Sosial:

"SOP sudah dibuat sejak awal program, dan koordinasi rutin dengan Puskesmas dan Dinas Sosial." (L,50)

Namun demikian, beberapa informan menilai bahwa SOP yang ada masih terlalu umum dan belum secara spesifik mengakomodasi kebutuhan dan kondisi komunitas SAD:

"SOP masih umum, tidak spesifik untuk SAD." (L,48)

"SOP tersedia, tapi pelaksanaannya belum konsisten." (L,42)

Hal ini menunjukkan perlunya penyesuaian SOP agar lebih kontekstual dan responsif terhadap karakteristik lokal. Implementasi kebijakan kebersihan SAD meliputi komunikasi lokal, sumber daya, komitmen pelaksana; tantangan infrastruktur, komunikasi, kehadiran petugas, SOP tidak kontekstual; perlu pendekatan budaya adaptif. Pelaksanaan kebijakan kebersihan SAD di Desa Hajran cukup baik melalui penyuluhan dan koordinasi lintas sektor, namun terkendala bahasa, infrastruktur, SDM, kunjungan petugas, serta SOP kurang sesuai budaya; perlu edukasi budaya dan pendampingan berkelanjutan.

Output

Output implementasi kebijakan kebersihan SAD menunjukkan dampak awal positif meski belum merata, mencakup perubahan perilaku, peningkatan kesehatan, serta ketersediaan dan pemanfaatan fasilitas sanitasi. Sebagian anggota SAD mulai mencuci tangan dan menjaga kebersihan rumah, meski belum merata. Seorang informan menyampaikan:

“Sudah ada, misalnya mulai banyak yang mencuci tangan dan menjaga kebersihan rumah.” (L,50)

Namun, perubahan ini dinilai masih berjalan lambat dan terbatas. Sebagian besar masyarakat masih mempraktikkan kebiasaan lama yang kurang higienis:

“Perubahan ada, tapi masih lambat.” (L,48)

“Belum maksimal, sekitar 40%, karena masih ada kebiasaan lama.” (L,42)

Perubahan perilaku kebersihan SAD menjanjikan, namun perlu pendekatan intensif berkelanjutan melalui edukasi berbasis budaya lokal. Kondisi kesehatan masyarakat SAD menunjukkan adanya perbaikan di beberapa titik lokasi intervensi, khususnya dalam penurunan kasus diare dan penyakit kulit. Beberapa informan menyampaikan:

“Kami lihat penurunan kasus diare dan penyakit kulit di lokasi intervensi.” (L,50)

“Kadang ada, angka diare mulai turun, tapi belum signifikan.” (L,48)

“Kasus penyakit kulit mulai berkurang, walau belum signifikan.” (P,35)

Perubahan perilaku kebersihan mulai berdampak positif, namun intervensi perlu diperluas agar manfaat merata.

Fasilitas sanitasi seperti MCK umum dan sumber air bersih dibangun di beberapa lokasi SAD dan mulai dimanfaatkan masyarakat:

“Masih terbatas, tapi sudah mulai digunakan dengan baik oleh masyarakat.” (L,50)

“Beberapa sudah ada, tapi tidak semuanya berfungsi.” (L,48)

“Butuh pendampingan untuk memastikan fasilitas terawat.” (L,40)

Ketersediaan fasilitas sanitasi menjadi hasil nyata program, namun keberfungsian terhambat kurangnya pendampingan teknis dan partisipasi masyarakat, sehingga pemanfaatannya belum optimal.

Observasi menunjukkan peningkatan perilaku bersih SAD, seperti mencuci tangan, memakai toilet, dan peduli lingkungan, disertai penurunan diare serta infeksi kulit meski belum signifikan. Fasilitas sanitasi perlu perbaikan, dan edukasi berkelanjutan dengan pendekatan intensif diperlukan agar perubahan perilaku merata.

Secara keseluruhan, output dari program kebersihan SAD menunjukkan perubahan positif perilaku, kesehatan, dan akses sanitasi, namun perlu penguatan edukasi, pendekatan budaya, serta dukungan teknis-logistik merata.

Pembahasan

Input

Berdasarkan observasi dan wawancara, kebijakan kesehatan seperti PIS-PK dan penyuluhan PHBS telah diterapkan untuk meningkatkan kebersihan diri komunitas Suku Anak Dalam (SAD), namun pelaksanaannya belum merata dan kurang mempertimbangkan aspek budaya lokal. Tenaga kesehatan terbatas, fasilitas kebersihan seperti air bersih dan sabun belum menjangkau semua wilayah, terutama daerah sulit dijangkau. Pengetahuan masyarakat tentang kebersihan diri masih rendah, sehingga diperlukan edukasi berkelanjutan dan sensitif budaya.

Hasil penelitian dianalisis menggunakan teori sistem input-proses-output Mardialis. Pada aspek input, tersedia kebijakan dan sumber daya, namun belum merata dan tidak sesuai budaya lokal⁽¹⁴⁾. Ini sejalan dengan Rivai yang menyebut keberhasilan program bergantung pada kebijakan jelas, SDM cukup, dan fasilitas memadai⁽¹⁵⁾. Pada proses, tenaga kesehatan aktif melakukan edukasi, namun pendekatan budaya masih kurang, sebagaimana ditekankan oleh Notoatmodjo bahwa komunikasi efektif penting⁽¹⁶⁾. Pada output, meskipun ada peningkatan kebersihan diri, perubahan perilaku belum maksimal. Menurut Widodo, perbaikan input dan proses sangat menentukan hasil program⁽¹⁷⁾. Temuan ini sejalan dengan Sutrisno *et al.*, bahwa keberhasilan intervensi kesehatan komunitas adat dipengaruhi pemahaman budaya dan keterlibatan komunitas⁽¹⁸⁾. Dewi & Sari menegaskan hambatan utama adalah akses sulit dan

pendekatan tidak sesuai budaya⁽¹⁹⁾.

Diperlukan revisi implementasi kebijakan yang inklusif dan berbasis kearifan lokal, penempatan tenaga kesehatan strategis dengan pelatihan komunikasi peka budaya, peningkatan fasilitas sanitasi dan air bersih melalui kolaborasi lintas sektor, serta edukasi sesuai bahasa dan norma lokal. Keterbatasan penelitian meliputi jumlah informan dan belum dilibatkannya tokoh adat. Solusi konkret mencakup modul edukasi berbasis budaya, pelatihan tenaga kesehatan, optimalisasi peran tokoh adat, peningkatan infrastruktur, serta monitoring dan evaluasi berbasis indikator lokal.

Proses

Implementasi kebijakan kebersihan diri di komunitas Suku Anak Dalam (SAD) dilakukan melalui pendekatan lokal dan komunikasi via tokoh adat. Pelaksana menunjukkan antusiasme, namun terkendala bahasa, akses geografis, dan rendahnya frekuensi kunjungan. Fasilitas sanitasi mulai tersedia, tetapi belum merata. SOP dan koordinasi lintas sektor telah ada, namun penerapannya belum konsisten dan belum spesifik untuk kebutuhan SAD, sehingga memerlukan pendampingan intensif.

Mengacu pada teori George C. Edwards III, empat faktor implementasi—komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi telah ada namun belum optimal. Komunikasi personal melalui tokoh adat berjalan, tetapi terkendala bahasa dan akses. Sumber daya tersedia namun distribusinya belum merata. Disposisi pelaksana positif, tetapi kehadiran masih kurang. Struktur birokrasi ada, namun belum adaptif terhadap kebutuhan lokal⁽²⁰⁾.

Temuan sejalan dengan studi Sari *et al.*, dan Ningsih yang menekankan pentingnya pendekatan budaya, peran tokoh adat, dan keterlibatan masyarakat dalam implementasi PHBS⁽²¹⁾. Tantangan di SAD lebih kompleks karena hambatan geografis, nilai budaya, dan birokrasi yang belum responsif⁽²²⁾.

Diperlukan kebijakan kontekstual yang mempertimbangkan budaya, geografi, dan sumber daya, SOP spesifik, koordinasi lintas sektor yang kuat, serta pelatihan komunikasi lintas budaya. Keterbatasan penelitian meliputi jumlah informan terbatas, ketiadaan observasi jangka panjang, dan data kuantitatif. Strategi fleksibel seperti pengembangan SOP berbasis budaya, rotasi petugas, perluasan infrastruktur sanitasi, dan media lokal diperlukan untuk mendukung perubahan perilaku berkelanjutan di komunitas SAD.

Output

Program kebersihan diri di komunitas Suku Anak Dalam (SAD) mulai menunjukkan dampak positif, seperti meningkatnya kebiasaan mencuci tangan, penggunaan toilet, dan kesadaran menjaga kebersihan lingkungan. Beberapa kasus diare dan penyakit kulit dilaporkan menurun, meski perubahan belum merata. Sebagian warga belum memanfaatkan fasilitas sanitasi yang ada, dan beberapa fasilitas rusak atau kurang terawat, menunjukkan perlunya pendampingan teknis dan pemeliharaan.

Analisis menggunakan Health Belief Model (HBM) menunjukkan bahwa kesadaran manfaat kebersihan mulai tumbuh, namun keterbatasan akses fasilitas menghambat perubahan perilaku berkelanjutan⁽²³⁾. Temuan ini sejalan dengan penelitian Siregar, Nasution, dan Lubis di komunitas adat Sumatera Utara, yang menemukan penurunan diare pasca intervensi, tetapi terhambat oleh keterbatasan fasilitas dan pendekatan budaya⁽²⁴⁾.

Penguatan promosi kesehatan berbasis budaya lokal, pelibatan tokoh adat, peningkatan fasilitas sanitasi, dan koordinasi lintas sektor menjadi kunci efektivitas program. Solusi yang direkomendasikan meliputi edukasi berkelanjutan sesuai bahasa dan nilai lokal, pelatihan kader SAD sebagai agen perubahan, pembangunan fasilitas sanitasi mudah diakses, pembentukan kelompok pemelihara, serta monitoring-evaluasi berbasis komunitas. Meskipun penelitian terbatas pada wilayah, durasi, dan data kuantitatif, hasilnya menunjukkan potensi besar untuk

perubahan berkelanjutan jika didukung strategi yang tepat.

Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa kebijakan kebersihan diri di komunitas Suku Anak Dalam telah diimplementasikan melalui program seperti PIS-PK dan penyuluhan PHBS. Namun, pelaksanaannya belum optimal karena keterbatasan tenaga kesehatan, fasilitas, dan pendekatan yang kurang sensitif budaya. Meskipun pendekatan melalui tokoh adat mulai diterapkan, kendala bahasa, geografis, dan pelaksanaan SOP masih menghambat. Dampak awal terlihat dari peningkatan perilaku bersih, namun belum merata. Diperlukan intervensi yang lebih sistematis, partisipatif, dan berkelanjutan untuk meningkatkan efektivitas program.

Rekomendasi strategis untuk meningkatkan efektivitas program kebersihan diri pada komunitas Suku Anak Dalam meliputi tiga aspek utama. Pertama, aspek input perlu diperkuat melalui revisi kebijakan yang kontekstual, penempatan tenaga kesehatan secara strategis, serta penyediaan fasilitas sanitasi dan air bersih yang merata melalui kolaborasi lintas sektor. Kedua, proses implementasi harus ditingkatkan melalui SOP berbasis budaya, pelatihan berkelanjutan, serta optimalisasi peran tokoh adat dan kader. Ketiga, output program diperkuat dengan media edukasi lokal, pemeliharaan fasilitas berbasis masyarakat, evaluasi partisipatif, serta perluasan sasaran edukasi kepada anak dan remaja SAD.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Dinkes Kabupaten Batanghari serta semua yang telah berkontribusi dalam penelitian ini, dilakukan dengan lancar dan sesuai jadwal.

Pernyataan dan Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan bahwa tidak ada konflik kepentingan pada penelitian ini.

Persetujuan Etik dan Persetujuan untuk Berpartisipasi

Keterangan Layak Etik No. 1263/Sket/Ka-Dept/RE/UIMA/IV/2025. Atas nama : Neneng Eva Anggraeni.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Strategi Nasional Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Jakarta: Kemenkes RI; 2020. Available from: <https://www.kemkes.go.id>. Accessed July 27, 2025.
2. World Health Organization. Global Health Estimates: Leading Causes of Death. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>. Accessed July 21, 2025.
3. Budhi VJ, Said A. Jejak Peradaban Suku Anak Dalam: Perjalanan Upaya Pembinaan dan Pemberdayaan Masyarakat Pedalaman. Jambi: LSM Kopsad; 2012. Available from: https://books.google.com/books/about/Jejak_peradaban_Suku_Anak_Dalam.html?id=L87mzgEACAAJ. Accessed August 1, 2025.
4. Fuady AS. Pemikiran Pendidikan Mohammad Hatta dalam Perspektif Pendidikan Islam. Jurnal Muharrik. 2023;1(1):1-13. Available from: https://www.researchgate.net/publication/367400695_Pemikiran_Pendidikan_Mohammad_Hatta_dalam_Perspektif_Pendidikan_Islam. Accessed August 1, 2025.
5. Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi. Profil Suku Anak Dalam (SAD). Jambi: BPS Provinsi Jambi; 2019. Available from: <https://jambi.bps.go.id>. Accessed August 16, 2025.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Jambi: Dinkes Provinsi Jambi; 2023.
7. Putri FE, Izhar MD. Studi evaluatif implementasi perilaku sehat pada Suku Anak Dalam Desa Sialang Kecamatan Pamenang Kabupaten Merangin Jambi. Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Jambi. 2025;9(2):56-63. Available from: https://www.researchgate.net/publication/349888542_Studi_Evaluatif_Implementasi_Perilaku_Sehat_Pada_Suku_Anak_Dalam_Desa_Sialang_Kecamatan_Pamenang_Kabupaten_Merangin_Jambi. Accessed July 16, 2025.

8. Sihombing R. Evaluasi implementasi program sanitasi pada komunitas terpencil. *Jurnal Sanitasi Kesehatan Masyarakat*. 2023;12(1):23-32. Available from: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/mkmi/article/view/32760>. Accessed August 16, 2025.
9. Dinas Kesehatan Batanghari. Laporan Kesehatan Kabupaten Batanghari Tahun 2023. Batanghari: Dinkes Batanghari; 2023.
10. Loeb EM, Geldern RH. *Sumatra: Its History and People*. Wien: Institut für Völkerkunde der Universität Wien; 1935.
11. Hagen DB. *Die Orang Kubu auf Sumatra*. Frankfurt: Joseph Baer & Co.; 1908.
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Riset Kesehatan Dasar 2021*. Jakarta: Kemenkes RI; 2021. Available from: <https://www.kemkes.go.id>. Accessed August 16, 2025.
13. Rahman F. Kebijakan kesehatan dan tantangannya di kalangan masyarakat adat di Jambi. *Jurnal Kebijakan Publik*. 2022;15(1):34-45. Available from: https://www.researchgate.net/publication/372606946_K_E_B_I_J_A_K_A_N_K_E_S_E_H_ATA_N_N_A_S_I_O_N_A_L. Accessed August 16, 2025.
14. Mardalis. *Evaluasi Program dan Kebijakan Publik*. Jakarta: Rajawali Pers; 2011.
15. Rivai V. *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan*. Jakarta: Rajawali Pers; 2015.
16. Notoatmodjo S. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
17. Widodo S. *Evaluasi Program: Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2013.
18. Sutrisno H, et al. Kebijakan kesehatan berbasis budaya untuk komunitas adat: studi kasus Suku Anak Dalam di Jambi. *Jurnal Kebijakan Administrasi Publik*. 2021;25(2):89-97. Available from: <https://journal.stitmubo.ac.id/index.php/muharrik/article/download/25/114/367>. Accessed August 16, 2025.
19. Dewi RK, Sari I. Pendekatan sosio-kultural dalam implementasi program PHBS di komunitas adat. *Jurnal Promosi Kesehatan*. 2020;8(1):34-42. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/3575/2adf65007afc7c0bdce5421fe060aac0bb97.pdf>. Accessed August 16, 2025.
20. Edwards GC. *Implementing Public Policy*. Washington DC: Congressional Quarterly Press; 1980.
21. Sari RP, et al. Kendala implementasi PHBS pada komunitas adat: studi di Kalimantan Tengah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2022;18(2):112-121. Available from: <https://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/article/view/4204/2270>. Accessed August 16, 2025.
22. Ningsih L. Implementasi program sanitasi di komunitas adat Papua. *Jurnal Pembangunan Daerah*. 2021;5(1):55-63. Available from: <https://jabfung.gunabangsa.ac.id/index.php?bid=1619&fid=2519&p=fstream-pdf>. Accessed August 16, 2025.
23. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328-335.
24. Siregar F, Nasution M, Lubis M. Evaluasi program sanitasi di komunitas adat di Sumatera Utara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2020;15(2):112-120. Available from: https://eprints.ipdn.ac.id/25073/1/27.0213_Muhammad%20Binsar%20Moranta%20Hasibuan_.pdf. Accessed August 16, 2025.