BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori

2.1.1 Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP)

Program Integrasi Layanan Primer (ILP) dibentuk berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Dengan adanya program ini yaitu untuk mendekatkan layanan kesehatan kepada masyarakat melalui jaringan fasilitas primer seperti Puskesmas, Poskesdes, dan Posyandu (Kemenkes RI, 2023d).

2.1.2 Definisi Posyandu Integrasi Layanan Primer

Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP) adalah bagian penting dari perubahan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia yang digagas oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk memperkuat layanan kesehatan primer. Program ini juga menggabungkan berbagai layanan kesehatan yang ada di puskesmas dan posyandu agar menjadi lebih menyeluruh dan berkelanjutan. Melalui pendekatan terpadu yang melibatkan penguatan peran kader, peningkatan mutu pelayanan, serta pemanfaatan media digital, ILP diharapkan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam pencegahan penyakit serta peningkatan kesehatan secara keseluruhan (Mait et al., 2025).

2.1.3 Tujuan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP)

Pelaksanaan Posyandu ILP mencakup beragam aktivitas promotif dan preventif, seperti pemeriksaan penyakit tidak menular (misalnya pengukuran tekanan darah dan glukosa darah), pemantauan status gizi, imunisasi, edukasi kesehatan, serta konseling kesehatan bagi masyarakat. Program ini juga berkontribusi dalam mendekatkan layanan kesehatan kepada komunitas, sehingga pelayanan menjadi lebih mudah diakses dan berkelanjutan (Supatmi et al., 2026). Secara Lebih spesifik Tujuan Posyandu ILP meliputi:

1. Penguatan Upaya Promotif Preventif Posyandu

   Integrasi Layanan Primer (ILP) menitikberatkan pada optimalisasi kegiatan promotif dan preventif melalui pendekatan siklus kehidupan. Kegiatan tersebut meliputi edukasi kesehatan, imunisasi, pemantauan tumbuh kembang anak, serta deteksi dini penyakit. Dengan pendekatan ini, posyandu berperan dalam menekan penyebaran penyakit sekaligus meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat.

2. Pendekatan Pelayanan Kesehatan Melalui Sistem Jejaring

   Pelayanan kesehatan dalam Posyandu ILP dilaksanakan melalui sistem jejaring yang terintegrasi, mencakup puskesmas, fasilitas kesehatan primer, serta jaringan hingga tingkat komunitas seperti desa, kelurahan, dusun, rukun warga, dan lingkungan sekitar. Pendekatan ini bertujuan untuk memastikan pemerataan akses layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.

3. Penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Posyandu ILP

   Pemantauan wilayah setempat diperkuat melalui sistem pemanfaatan digital, seperti dashboard yang memuat data kunjungan keluarga dan kondisi kesehatan di tingkat desa maupun kelurahan. Sistem ini memungkinkan identifikasi masalah kesehatan secara lebih cepat dan akurat, sehingga mendukung pengambilan keputusan serta intervensi yang lebih efektif.

4. Peningkatan Kualitas dan Cakupan Pelayanan Kesehatan

   Posyandu ILP diarahkan untuk meningkatkan kualitas sekaligus memperluas cakupan pelayanan kesehatan dasar melalui integrasi berbagai jenis layanan. Cakupan tersebut meliputi kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi, imunisasi, pengendalian penyakit tidak menular, hingga pelayanan kesehatan bagi kelompok lanjut usia.

5. Pemberdayaan Masyarakat dan Kader Kesehatan Posyandu

   Kader posyandu dalam ILP memiliki peran strategis dalam mendorong pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan mereka secara aktif dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan. Keberadaan kader turut berkontribusi dalam

meningkatkan kesadaran masyarakat serta mendorong terbentuknya perilaku hidup sehat secara berkelanjutan.

6. Penguatan Sistem Informasi Kesehatan Terintegrasi yang Mendukung Pelayanan di Posyandu ILP

   Sistem informasi kesehatan yang terintegrasi merupakan komponen penting dalam mendukung efektivitas pelayanan Posyandu ILP. Integrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional memungkinkan proses pengumpulan data dilakukan secara real-time dan akurat. Ketersediaan data yang valid ini berpartisipasi dalam meningkatkan kualitas program perencanaan serta mendukung pengambilan keputusan yang lebih tepat dan berdasarkan bukti (Kemenkes RI, 2023c)

2.1.4 Sasaran Posyandu ILP

Posyandu ILP menyasar seluruh siklus kehidupan dengan pendekatan yang menyeluruh. Sasaran utamanya meliputi bayi dan balita (pemantauan pertumbuhan, imunisasi, dan pemberian makanan tambahan), ibu hamil dan menyusui (pemeriksaan kehamilan serta penyuluhan gizi), anak usia sekolah dan remaja (penyuluhan kesehatan reproduksi dan pencegahan penyakit menular), serta kelompok dewasa dan lanjut usia (pemeriksaan kesehatan rutin, deteksi dini penyakit tidak menular, dan promosi gaya hidup sehat) (Karangdowo, 2025).

2.1.5 Mekanisme Pelayanan Posyandu ILP

Mekanisme pelayanan Posyandu ILP terdiri dari empat tahap utama. Pertama, perencanaan dan koordinasi yang mencakup penentuan jadwal rutin (biasanya sebulan sekali), koordinasi antar kader, petugas puskesmas, serta tokoh masyarakat, dan identifikasi kondisi kesehatan lansia melalui data keluarga.

Tahap kedua merupakan pelayanan lima meja sesuai pedoman Kementerian Kesehatan. Meja pertama digunakan untuk pendaftaran dan verifikasi data peserta. Meja kedua untuk penimbangan dan pengukuran antropometri. Meja ketiga untuk pencatatan serta pemeriksaan kesehatan lebih lanjut, seperti pengukuran tekanan darah, gula darah, kesehatan mata, pendengaran, dan status kognitif. Meja keempat dikhususkan pada

pelayanan medis dan tindakan yang diperlukan, sedangkan meja kelima diperuntukkan bagi penyuluhan dan edukasi mengenai kesehatan, gizi, serta pola hidup sehat. Pendekatan sistem lima meja ini memungkinkan pelayanan berjalan secara terstruktur, efisien, dan menyeluruh (Hikmah et al., 2024).

2.1.6 Konsep Usia

2.1.6.1 Definisi Usia

Usia merupakan satuan waktu yang digunakan untuk mengukur lamanya keberadaan suatu makhluk hidup, dihitung sejak saat kelahiran hingga waktu tertentu yang menjadi acuan pengukuran. Dalam konteks kesehatan, usia tidak sekadar dipahami sebagai angka kronologis, melainkan juga mencerminkan perkembangan biologis, psikologis, dan sosial individu yang berlangsung secara dinamis sepanjang siklus kehidupan (Notoatmodjo, 2010).

2.1.6.2 Klasifikasi Usia

Dalam perspektif kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) klasifikasi umur dibagi menjadi beberapa tahapan, yakni:

1. Masa balita = 0-5 tahun
2. Masa kanak-kanak = 6-11 tahun
3. Masa remaja awal = 12-16 tahun
4. Masa remaja akhir = 17-25 tahun
5. Masa dewasa awal = 26-35 tahun
6. Masa dewasa akhir = 36-45 tahun
7. Masa lansia awal = 46-55 tahun
8. Masa lansia akhir = 56-65 tahun
9. Masa manula = >65 tahun

Masa balita (0–5 tahun) merupakan periode pertumbuhan dan perkembangan yang berlangsung paling pesat dalam siklus kehidupan manusia. Pada fase ini, pemantauan status gizi, tumbuh kembang, serta pemberian imunisasi dasar menjadi prioritas utama layanan kesehatan. Gangguan yang terjadi pada masa ini, seperti stunting dan keterlambatan

perkembangan, dapat memberikan dampak jangka panjang terhadap kualitas hidup individu di kemudian hari (Kemenkes RI, 2025a).

Masa kanak-kanak (6–11 tahun) ditandai dengan perkembangan kemampuan kognitif, motorik, dan sosial yang semakin kompleks. Pada periode ini, anak mulai memasuki lingkungan pendidikan formal sehingga intervensi kesehatan seperti skrining kesehatan peserta didik, pemberian vitamin, dan pemeriksaan gigi menjadi bagian penting dari upaya promotif dan preventif (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2024).

Masa remaja awal (12–16 tahun) merupakan fase transisi dari kanak-kanak menuju dewasa yang ditandai dengan perubahan fisik, hormonal, dan psikologis yang signifikan. Pada periode ini, permasalahan kesehatan yang umum dijumpai meliputi anemia, gangguan kesehatan reproduksi, serta perilaku berisiko seperti penggunaan tembakau dan alkohol. Upaya promotif kesehatan reproduksi dan pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) menjadi intervensi yang relevan pada kelompok ini (Kemenkes RI, 2023a).

Masa remaja akhir (17–25 tahun) merupakan fase peralihan menuju kehidupan dewasa yang ditandai dengan perkembangan kemandirian dan identitas diri yang semakin matang (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Masa dewasa awal (26–35 tahun) merupakan tahap kehidupan yang umumnya ditandai dengan tingginya aktivitas dan produktivitas individu, terutama dalam bidang pekerjaan, serta awal pembentukan kehidupan berkeluarga. Pada fase ini, individu mulai menunjukkan tingkat kemandirian yang lebih matang, kemampuan pengendalian emosi yang lebih stabil, serta peningkatan kualitas hubungan sosial. Interaksi sosial cenderung berkembang ke arah yang lebih serius, termasuk melalui pernikahan dan pembentukan keluarga inti (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Dewasa akhir (36–45 tahun) merupakan fase lanjutan yang ditandai dengan bertambahnya tuntutan dan tanggung jawab, baik dalam lingkungan keluarga maupun pekerjaan. Pada periode ini, individu mulai menghadapi berbagai perubahan kondisi kesehatan, termasuk meningkatnya paparan

terhadap stres kerja serta perubahan fisik seperti penurunan fungsi metabolisme. Selain itu, risiko munculnya penyakit yang berkaitan dengan proses penuaan juga cenderung meningkat. Akumulasi tuntutan peran dan tekanan hidup pada fase ini berpotensi memengaruhi kondisi psikososial serta meningkatkan risiko gangguan kesehatan yang berhubungan dengan stress (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Masa lansia awal (46–55 tahun) merupakan periode di mana individu mulai mengalami penurunan fungsi organ secara lebih nyata dibandingkan fase sebelumnya. Perubahan hormonal, penurunan massa otot, serta peningkatan risiko penyakit degeneratif seperti osteoporosis, hipertensi, dan diabetes melitus menjadi perhatian utama pada kelompok usia ini. Pemantauan kesehatan secara berkala menjadi semakin penting guna mendeteksi dan mengendalikan kondisi kesehatan sebelum berkembang menjadi komplikasi yang lebih serius (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Masa lansia akhir (56–65 tahun) ditandai dengan semakin menurunnya kapasitas fungsional tubuh secara menyeluruh. Pada fase ini, kebutuhan layanan kesehatan meningkat secara signifikan, mencakup pengelolaan penyakit kronis, rehabilitasi, serta dukungan psikososial. Ketergantungan terhadap orang lain dalam menjalankan aktivitas sehari-hari mulai meningkat, sehingga peran keluarga dan tenaga kesehatan dalam mendampingi kelompok usia ini menjadi sangat krusial (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Masa manula (>65 tahun) merupakan fase akhir dalam siklus kehidupan yang ditandai dengan kerentanan tinggi terhadap berbagai kondisi kesehatan, baik fisik maupun mental. Pada periode ini, penurunan fungsi kognitif, risiko jatuh, malnutrisi, serta isolasi sosial menjadi permasalahan yang kerap dihadapi. Pendekatan pelayanan kesehatan yang komprehensif, holistik, dan berpusat pada individu menjadi sangat diperlukan untuk menjaga kualitas hidup kelompok usia ini (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

2.1.6.3 Karakteristik Usia Dewasa

Kelompok usia 26–45 tahun mencakup dua fase perkembangan dewasa, yaitu dewasa awal (26–35 tahun) dan dewasa akhir (36–45 tahun) berdasarkan klasifikasi Departemen Kesehatan RI (2009), yang secara keseluruhan berada pada periode kehidupan dengan beban peran yang tinggi namun seringkali disertai dengan rendahnya kesadaran terhadap pentingnya pemantauan kesehatan secara berkala. Kelompok ini umumnya aktif secara sosial dan ekonomi, sehingga kecenderungan untuk mengutamakan produktivitas di atas kesehatan preventif menjadi salah satu tantangan utama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan pada kelompok usia tersebut (Guo et al., 2023).

Secara fisiologis, usia 26–45 tahun merupakan periode di mana berbagai faktor risiko penyakit tidak menular mulai berkembang secara subklinis, yakni tanpa disertai gejala yang dirasakan secara nyata oleh individu. Kondisi seperti hipertensi, dislipidemia, resistensi insulin, dan kelebihan berat badan kerap teridentifikasi pertama kali justru melalui pemeriksaan rutin, bukan atas dasar keluhan yang mendorong seseorang untuk berobat. Hal ini menjadikan skrining kesehatan berkala sebagai instrumen deteksi dini yang sangat strategis bagi kelompok usia ini (Pirrello et al., 2025).

Perubahan fisiologis, kelompok usia 26–45 tahun juga rentan terhadap dampak kesehatan akibat tekanan psikososial. Tuntutan pekerjaan, tanggung jawab keluarga, serta tekanan finansial yang dialami secara bersamaan dapat memicu kondisi stres kronis yang pada gilirannya memengaruhi pola perilaku kesehatan, seperti pola makan yang tidak teratur, kurangnya aktivitas fisik, gangguan tidur, serta kecenderungan untuk mengabaikan pemeriksaan kesehatan preventif. Penelitian yang diterbitkan dalam BMC *Public Health* mengungkapkan bahwa tekanan kerja dan stres memiliki hubungan bermakna dengan berbagai kebiasaan tidak sehat yang meningkatkan risiko obesitas dan gangguan metabolisme pada kelompok usia produktif (Guo et al., 2023).

2.1.7 Konsep Perilaku

2.1.7.1 Definisi Perilaku

Menurut Notoatmodjo, 2014 Perilaku dapat dipahami sebagai segala bentuk aktivitas atau tindakan yang dilakukan oleh individu sebagai reaksi terhadap rangsangan yang berasal dari lingkungan di sekitarnya. Aktivitas tersebut tidak hanya mencakup tindakan yang tampak dan dapat diamati secara langsung oleh orang lain, tetapi juga meliputi proses mental yang tidak terlihat secara kasat mata. Tindakan yang dapat diamati biasanya berupa aktivitas nyata dalam kehidupan sehari-hari, sedangkan proses yang tidak tampak berkaitan dengan aspek internal individu, seperti cara memersepsikan suatu objek, tingkat pengetahuan, sikap, serta perasaan yang dimiliki terhadap rangsangan tertentu.

Skinner (1983) merumuskan perilaku merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian, perilaku manusia terjadi melalui proses: Stimulus – Organisme – Respon atau disebut teori "S-O-R". Stimulus merupakan faktor dalam diri orang yang bersangkutan (faktor internal). Respons yang muncul dapat berupa perilaku tertutup *(covert behavior),* yaitu respons yang masih berada dalam ranah internal dan belum dapat diamati secara langsung, maupun perilaku terbuka *(overt behavio*r) yang telah diwujudkan dalam bentuk tindakan nyata. Perilaku terbuka mencerminkan hasil akhir dari proses internal yang telah terbentuk sebelumnya, termasuk penerapan pengetahuan dan sikap individu dalam kehidupan sehari-hari (Notoatmodjo, 2014).

2.1.7.2 Domain Perilaku

Domain perilaku merupakan komponen utama yang membentuk perilaku manusia, yang terdiri dari tiga aspek, yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan. Ketiga domain tersebut saling berkaitan dan berperan penting dalam membentuk perilaku individu dalam kehidupan sehari-hari. Pengetahuan menjadi dasar bagi individu dalam memahami suatu objek, sikap mencerminkan kecenderungan respon individu terhadap objek tersebut, sedangkan tindakan merupakan bentuk nyata dari perilaku yang dapat diamati secara langsung. Perubahan perilaku, termasuk perilaku kesehatan,

dapat terjadi apabila ketiga domain tersebut berkembang secara berkesinambungan dan saling mendukung (Notoatmodjo, 2010).

1. Pengetahuan *(Knowledge)*

   Pengetahuan merupakan hasil dari proses mengetahui yang diperoleh melalui pengindraan terhadap suatu objek. Proses pengindraan tersebut melibatkan pancaindra manusia, seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, peraba, dan perasa. Pengetahuan mempunyai beberapa tingkatan, yang meliputi mengetahui *(know)*, memahami *(comprehension)*, menerapkan *(application)*, analisis *(analisis)*, sintesis *(synthesis)*, dan evaluasi *(evaluation)* (Notoatmodjo, 2010).

2. Sikap *(Attitude)*

   Sikap merupakan respon atau reaksi individu yang masih bersifat tertutup terhadap suatu stimulus atau objek tertentu. Sikap meliputi komponen kognitif, afektif, dan kecenderungan bertindak, sehingga mencerminkan kesiapan individu dalam merespons suatu objek. Tingkatan sikap meliputi menerima *(receive)*, merespons *(merespon)*, menghargai *(valuing)*, dan bertanggung jawab *(responsible)* (Notoatmodjo, 2010).

3. Tindakan *(Practice)*

   Tindakan merupakan bentuk perilaku nyata yang dapat diamati secara langsung sebagai hasil dari pengetahuan dan sikap yang telah terbentuk sebelumnya. Tindakan menunjukkan penerapan individu terhadap apa yang telah diketahui dan disikapi. Tingkatan tindakan meliputi praktik terpimpin *(respons terpimpin)*, praktik mekanisme *(mechanism)*, dan adopsi dalam kehidupan sehari-hari (Notoatmodjo, 2010).

2.1.7.3 Konsep Determinan Perilaku

Determinan perilaku merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku individu dalam kehidupan sehari-hari. Perilaku kesehatan tidak muncul secara tiba-tiba, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, baik yang berasal dari dalam diri individu maupun dari lingkungan sekitar. Menurut Lawrence Green,

determinan perilaku diungkapkan ke dalam tiga faktor utama, yaitu faktor predisposisi *(predisposing factors),* faktor pendukung *(enabling factors),* dan faktor penguat *(reinforcing factors)* (Notoatmodjo, 2010).

Menurut teori *Lawrence Green* yang diuraikan lebih lanjut dalam (Notoatmodjo, 2010), yaitu PRECEDE-PROCEED Model. Menurut teori ini, perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama yaitu:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

   Faktor predisposisi merupakan faktor yang terdapat pada diri individu dan berperan sebagai dasar atau motivasi untuk melakukan perilaku kesehatan. Faktor ini mempermudah serta menjadi landasan terjadinya suatu perilaku tertentu, baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, serta nilai-nilai budaya yang dimiliki seseorang (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, faktor predisposisi meliputi pengetahuan dan sikap masyarakat usia 26-45 tahun terhadap Posyandu ILP.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

   Faktor pemungkin adalah faktor yang berada di lingkungan fisik dan berfungsi memfasilitasi atau menghubungkan antara keinginan dengan tindakan nyata dalam upaya kesehatan. Faktor ini berkaitan erat dengan ketersediaan sarana prasarana, serta kemudahan akses ke fasilitas kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, jarak tempat tinggal ke lokasi Posyandu ILP diposisikan sebagai faktor pemungkin.

3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

   Faktor penguat merupakan faktor yang berperan memperkuat atau mendorong terjadinya perilaku kesehatan setelah perilaku tersebut muncul. Faktor ini biasanya berhubungan dengan sikap serta perilaku orang-orang terdekat yang dipercaya oleh individu, seperti petugas kesehatan, kader, anggota keluarga, teman, dan tokoh masyarakat atau tokoh agama (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, faktor penguat meliputi dukungan kader dan dukungan keluarga.

2.1.8 Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP)

Berdasarkan teori *Lawrence Green* (1980) dalam (Notoatmodjo, 2010), faktor perilaku sendiri ditentukan oleh tiga kelompok faktor yaitu faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Dalam penelitian ini, kelima variabel yang diteliti dikelompokkan ke dalam ketiga faktor tersebut sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi *(Predisposing Factors)* meliputi pengetahuan dan sikap
2. Faktor pemungkin *(Enabling Factors)* meliputi jarak tempat tinggal
3. Faktor penguat *(Reinforcing Factors)* meliputi dukungan kader dan dukungan keluarga

2.1.8.1 Pengetahuan

Dalam kerangka teori Lawrence Green, pengetahuan merupakan komponen utama dari faktor predisposisi yang menjadi dasar motivasi seseorang dalam berperilaku sehat.

2.1.8.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia atau hasil "tahu" seseorang terhadap suatu objek melalui panca indra yang dimilikinya, seperti mata, telinga, hidung, dan sebagainya. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indera penglihatan (mata) dan indera pendengaran (telinga) (Notoatmodjo, 2010).

Dalam penelitian ini, faktor predisposisi diwakili oleh variabel pengetahuan masyarakat usia 26-45 tahun terhadap Posyandu ILP. Pengetahuan yang baik tentang manfaat dan mekanisme Posyandu ILP akan mendorong individu untuk berkunjung secara rutin. Begitu pula sikap yang positif terhadap program kesehatan akan memperkuat motivasi seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan primer tersebut.

2.1.8.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif menurut (Notoatmodjo, 2014) memiliki 6 tingkatan, yaitu:

1. Tahu *(know)*

   Tingkat pengetahuan paling dasar adalah "tahu", yaitu kemampuan seseorang untuk mengingat kembali informasi atau fakta yang pernah diterima tanpa perlu memahami maknanya lebih dalam. Pada tahap ini, individu hanya mampu mengulangi apa yang telah dipelajari,

2. Memahami *(Comprehension)*

   Pada tingkat pemahaman, seseorang tidak hanya mengingat informasi, tetapi sudah mampu menjelaskan dan menginterpretasikan makna dari pengetahuan tersebut dengan kata-kata sendiri.

3. Aplikasi *(Application)*

   Tingkat aplikasi menunjukkan kemampuan seseorang untuk menggunakan pengetahuan yang dimiliki dalam situasi nyata sehari-hari.

4. Analisis *(Analysis)*

   Pada tingkat analisis, individu mampu memecah informasi menjadi bagian-bagian yang lebih kecil dan melihat hubungan antar unsur tersebut.

5. Sintesis *(Synthesis)*

   Tingkat sintesis ditandai dengan kemampuan menyusun berbagai informasi yang terpisah menjadi satu kesatuan yang baru dan utuh.

6. Evaluasi *(Evaluation)*

   Tingkat tertinggi adalah evaluasi, yaitu kemampuan menilai, membandingkan, dan mengambil keputusan berdasarkan kriteria yang jelas.

2.1.8.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi Tingkat pengetahuan menurut Notoatmodjo (2020) dalam (Susilawati et al., 2022) yaitu:

1. Tingkat Pendidikan

   Tingkat pendidikan menjadi salah satu faktor utama yang mempengaruhi pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan

seseorang, semakin besar pula kemampuannya dalam memahami, mengolah, dan menyimpan informasi baru. Pendidikan formal membantu individu mengembangkan kemampuan berpikir kritis sehingga lebih mudah menerima dan menerapkan pengetahuan.

2. Informasi

   Jumlah dan kualitas informasi yang diterima seseorang juga menentukan tingkat pengetahuannya. Informasi dapat diperoleh dari berbagai sumber, seperti orang tua, teman sebaya, media massa, buku, atau petugas kesehatan.

3. Pengalaman

   Pengalaman juga memegang peranan penting dalam membentuk pengetahuan. Pengalaman tidak selalu berupa kejadian yang dialami secara langsung, melainkan juga dapat berasal dari mendengar cerita atau melihat kejadian orang lain. Pengalaman yang bersifat informal ini membantu individu menghubungkan teori dengan kenyataan sehari-hari, sehingga pengetahuan menjadi lebih melekat dan mudah diingat.

4. Budaya

   Budaya atau nilai-nilai yang dianut dalam suatu masyarakat juga mempengaruhi pengetahuan seseorang. Sikap, kepercayaan, dan norma yang berlaku di lingkungan budaya dapat mempercepat atau justru menghambat penerimaan informasi kesehatan.

5. Sosial Ekonomi

   Faktor sosial ekonomi juga berperan signifikan. Individu dengan kondisi ekonomi yang lebih baik cenderung memiliki akses yang lebih luas terhadap informasi dan sumber belajar, sehingga pengetahuannya lebih tinggi. Sebaliknya, keterbatasan ekonomi dapat membatasi akses terhadap media informasi atau kegiatan edukasi kesehatan.

2.1.8.1.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dalam penelitian ini dilakukan melalui instrumen kuesioner dengan pilihan ganda (A, B, C, D dan E) Setiap

pertanyaan hanya memiliki satu jawaban yang benar, di mana jawaban yang tepat diberikan skor 1, sedangkan jawaban yang tidak tepat diberikan skor 0.

Skor pengetahuan responden diperoleh dengan menjumlahkan seluruh skor dari jawaban yang benar pada setiap item pertanyaan. Skor total digunakan untuk mengkategorikan tingkat pengetahuan responden dengan menggunakan nilai median. Responden dikategorikan memiliki pengetahuan tinggi (baik) apabila skor total yang diperoleh ≥ nilai median, sedangkan responden dikategorikan memiliki pengetahuan rendah (kurang) apabila skor total yang diperoleh sama dengan atau < nilai median.

2.1.8.2 Sikap

Selain pengetahuan, sikap merupakan komponen kedua dari faktor predisposisi dalam teori Lawrence Green.

2.1.8.2.1 Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum berupa tindakan nyata, melainkan predisposisi untuk bertindak. Manifestasi sikap tidak dapat diamati secara langsung, tetapi hanya dapat diubah dari perilaku tertutup *(covert behavior)*. Secara nyata, sikap mencerminkan konsistensi emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2010) dalam (Pakpahan et al., 2021).

2.1.8.2.2 Tingkatan Sikap

Menurut (Notoatmodjo, 2010) sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

1. Menerima *(receiving),* yaitu subjek mau memperhatikan stimulus yang diberikan.
2. Merespons *(responding),* yaitu memberikan jawaban atau mengerjakan tugas yang berkaitan dengan objek.
3. Menghargai *(valuing),* yaitu mengajak orang lain mendiskusikan atau mendukung objek tersebut.

4. Bertanggung Jawab *(responsible),* yaitu tingkatan sikap tertinggi, di mana seseorang bersedia menanggung risiko dari pilihan yang diambil.

2.1.8.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Sikap terhadap suatu program kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor utama yang saling berkaitan, yaitu pengalaman pribadi, dukungan sosial, media informasi, lingkungan budaya, tingkat pendidikan, serta kondisi emosional individu (Aprilianti et al., 2022; Sinambela et al., 2025).

1. Pengalaman Pribadi

   Pengalaman langsung seseorang terhadap suatu layanan atau masalah kesehatan memiliki peran penting dalam membentuk sikap yang lebih menetap. Individu yang pernah mendapatkan manfaat dari layanan kesehatan cenderung memiliki sikap yang lebih positif dibandingkan yang belum pernah mengalaminya. Pengalaman ini membentuk persepsi yang kemudian mempengaruhi keputusan seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan (Sinambela et al., 2025).

2. Pengaruh orang yang dianggap penting

   Sikap seseorang juga dipengaruhi oleh orang-orang yang memiliki peran penting dalam kehidupannya, seperti keluarga, teman dekat, maupun tokoh masyarakat. Dukungan atau penilaian dari orang terdekat dapat memperkuat atau bahkan memicu kecenderungan seseorang dalam merespons suatu program kesehatan (Aprilianti et al., 2022).

3. Pengaruh media dan informasi

   Di era digital saat ini, media menjadi salah satu sumber utama dalam pembentukan sikap. Informasi kesehatan yang diperoleh dari media sosial, internet, maupun edukasi tenaga kesehatan dapat mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap pentingnya pelayanan kesehatan, termasuk pemanfaatan Posyandu ILP. Paparan informasi

yang berulang dan konsisten akan meningkatkan kemungkinan terbentuknya sikap positif (Sinambela et al., 2025).

4. Lingkungan budaya

   Nilai, norma, dan kebiasaan yang berkembang di masyarakat turut serta berperan dalam membentuk sikap individu. Budaya yang mendukung hidup sehat akan mendorong sikap positif terhadap layanan kesehatan, sedangkan budaya yang kurang mendukung dapat menjadi hambatan dalam penerimaan program kesehatan (Aprilianti et al., 2022).

5. Tingkat Pendidikan

   Tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan individu dalam menerima dan mengolah informasi. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula kemampuan berpikir kritisnya dalam menilai suatu informasi kesehatan, sehingga lebih mudah membentuk sikap yang positif terhadap upaya pencegahan penyakit (Sinambela et al., 2025).

6. Kondisi emosional

   Sikap juga dapat dipengaruhi oleh kondisi emosional seseorang. Perasaan seperti takut, khawatir, atau bahkan pengalaman stres dapat mempengaruhi bagaimana individu dalam menanggapi suatu layanan kesehatan. Kondisi emosional yang stabil cenderung menghasilkan sikap yang lebih rasional dan mendukung perilaku kesehatan yang baik.

2.1.8.2.4 Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap dalam penelitian ini dilakukan melalui instrumen kuesioner tertutup yang terdiri dari pernyataan yang relevan dengan objek sikap yang diteliti. Instrumen dirancang dengan dua jenis pernyataan, yaitu pernyataan *favorable* (positif) dan pernyataan *unfavorabel* (negatif) yang masing-masing memberi kesempatan responden untuk menyatakan dukungan atau ketidaksetujuannya terhadap objek penelitian. Pendekatan ini mengikuti prinsip umum dalam pengukuran sikap di mana sikap responden ditangkap melalui

respons terhadap pernyataan yang dibuat relevan dengan konstruk sikap yang diukur.

Cara pengukuran sikap yaitu setiap jawaban responden diberi skor (sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2, sangat tidak setuju = 1) sesuai dengan jenis pernyataan, skor sikap responden diperoleh dengan cara menjumlahkan seluruh skor jawaban dari setiap item pernyataan. Penentuan kategori sikap dilakukan dengan menggunakan nilai median. Responden dikategorikan memiliki sikap positif apabila total skor yang diperoleh ≥ median, sedangkan responden dikategorikan memiliki sikap negatif apabila total skor yang diperoleh < dari nilai median.

2.1.8.3 Dukungan Kader

Dalam kerangka teori Lawrence Green, dukungan kader termasuk ke dalam faktor penguat *(reinforcing factors)*, yaitu faktor yang memperkuat terbentuknya dan keberlangsungan perilaku kesehatan.

2.1.8.3.1 Pengertian Dukungan Kader

Dukungan kader merupakan bentuk dukungan sosial yang diberikan kader kesehatan kepada masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan berbasis komunitas. Dukungan ini meliputi dorongan, motivasi, ajakan, serta informasi yang diberikan kader agar masyarakat terlibat aktif dalam kegiatan kesehatan seperti Posyandu (Syabrullah et al., 2024).

2.1.8.3.2 Fungsi Dukungan Kader

Dalam program layanan primer, kader memiliki fungsi strategis sebagai penghubung antara fasilitas pelayanan kesehatan dengan masyarakat. Keberadaan kader tidak hanya berperan dalam pelaksanaan kegiatan, tetapi juga dalam meningkatkan kesadaran serta partisipasi masyarakat terhadap upaya kesehatan (Syabrullah et al., 2024).

2.1.8.3.3 Pengukuran Dukungan Kader

Pengukuran dukungan kader dilakukan melalui kuesioner tertutup dengan Instrumen kuesioner tersebut terdiri atas pernyataan-pernyataan yang menggambarkan bentuk-bentuk dukungan kader, baik yang bersifat positif *(favorable)* maupun yang menggambarkan kurangnya dukungan *(unfavorable)*. Skala yang digunakan adalah skala likert.

Setiap pernyataan *favorable*: S= 4, SR= 3, KK= 2, TP=1 *Unfavorabel*: S= 1, SR= 2, KK= 3, TP= 4.

Skor total dukungan kader diperoleh dengan menjumlahkan seluruh skor jawaban responden untuk setiap item. Selanjutnya, skor total ini dibandingkan dengan nilai median untuk mengelompokkan responden ke dalam dua kategori mendukung apabila skor total ≥ median dan tidak mendukung apabila skor total < median.

2.1.8.4 Dukungan Keluarga

2.1.8.4.1 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bentuk sikap, tindakan, dan penerimaan yang diberikan oleh anggota keluarga kepada individu dalam bentuk dukungan emosional, informasi, instrumental, dan penghargaan, yang dapat meningkatkan motivasi seseorang dalam melakukan perilaku kesehatan (Mardiana et al., 2024).

Keluarga berperan sebagai sistem sosial utama yang memberikan fondasi dukungan dalam kehidupan sehari-hari. Interaksi dan bantuan yang terjadi dalam keluarga tidak hanya mencakup aspek fisik dan materi tetapi juga aspek psikologis dan sosial yang dapat mempengaruhi kesejahteraan individu secara menyeluruh (Faiola et al., 2022).

2.1.8.4.2 Jenis-Jenis Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga tidak bersifat tunggal, melainkan terdiri dari beberapa bentuk yang saling melengkapi. Berdasarkan kajian dari berbagai penelitian kesehatan, terdapat empat jenis dukungan keluarga yang umumnya digunakan sebagai indikator pengukuran, yaitu dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penghargaan (Mardiana et al., 2024).

1. Dukungan Emosional

   Dukungan emosional merupakan bentuk kepedulian keluarga yang diwujudkan melalui pemberian rasa aman, perhatian, kasih sayang, serta kesediaan mendengarkan keluhan anggota keluarga. Kehadiran dukungan ini membuat individu merasa tidak sendirian

dalam menghadapi masalah kesehatannya, sehingga mendorong terbentuknya motivasi yang lebih kuat untuk berperilaku sehat. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional keluarga memiliki keterkaitan erat dengan pemanfaatan layanan kesehatan oleh anggota keluarga (Humaidi et al., 2024).

2. Dukungan Instrumental

   Dukungan instrumental mencakup segala bentuk bantuan nyata yang diberikan keluarga, seperti penyediaan waktu, tenaga, transportasi, serta biaya yang dibutuhkan individu dalam mengakses pelayanan kesehatan. Bentuk dukungan ini sangat berperan dalam mengurangi hambatan praktis yang sering kali menjadi alasan seseorang tidak memanfaatkan layanan kesehatan secara rutin (Humaidi et al., 2024).

3. Dukungan Informasional

   Dukungan informasional adalah bentuk dukungan yang diberikan melalui penyampaian informasi, saran, atau pengetahuan yang berguna bagi individu dalam mengambil keputusan terkait kesehatannya. Keluarga yang aktif menyampaikan informasi tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin, termasuk Posyandu ILP, dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran anggota keluarga untuk berpartisipasi aktif. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa dukungan informasi keluarga berhubungan signifikan dengan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan (Febriana & Mulyono, 2022).

4. Dukungan Penghargaan

   Dukungan yang diberikan merupakan bentuk apresiasi dan pengakuan yang diberikan keluarga terhadap upaya individu dalam menjaga kesehatannya. Hal ini dapat berupa pujian, dorongan positif, maupun penegasan bahwa tindakan yang dilakukan individu sudah tepat dan patut dipertahankan. Adanya penghargaan dari keluarga terbukti memperkuat kepercayaan diri individu dalam mengambil

tindakan kesehatan secara mandiri dan berkelanjutan (Mardiana et al., 2024).

2.1.8.4.3 Fungsi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga memegang peranan penting dalam keseluruhan kesejahteraan individu (Faiola et al., 2022). Dengan fungsi-fungsi sebagai berikut:

1. Memperkuat kesejahteraan psikologis, dukungan emosional dari keluarga dapat mengurangi kecemasan, stres, serta depresi, sehingga individu merasa lebih tenang dan mampu menghadapi beban hidup.
2. Meningkatkan keterlibatan dalam layanan kesehatan, dukungan keluarga membantu meningkatkan motivasi dan keterlibatan anggota keluarga untuk rutin memanfaatkan layanan kesehatan, seperti kontrol penyakit kronis, imunisasi, dan pemeriksaan kesehatan lainnya.
3. Meningkatkan kapasitas adaptasi interaksi positif, dengan anggota keluarga dapat memperkuat keterampilan koping dalam menghadapi perubahan kondisi kesehatan.
4. Memfasilitasi keputusan kesehatan yang tepat melalui pemberian informasi yang relevan, keluarga membantu individu membuat pilihan terbaik terkait gaya hidup sehat dan pengobatan yang efektif.

2.1.8.4.4 Pengukuran Dukungan Keluarga

Pengukuran dukungan keluarga dalam penelitian ini dilakukan dengan instrumen kuesioner yang mendasarkan pada persepsi responden terhadap keterlibatan keluarga dalam mendukung kesehatan dan kehidupan sehari-hari. Instrumen dirancang dalam bentuk pernyataan yang mencerminkan berbagai aspek dukungan keluarga (emosional, informasional, instrumental, dan penilaian).

Skala yang digunakan adalah skala likert. Setiap pernyataan *favorable* (menggambarkan dukungan keluarga): S= 4, SR= 3, KK= 2, TP=1. *Unfavorabel*: S= 1, SR= 2, KK= 3, TP= 4. Skor total dukungan

keluarga adalah jumlah dari seluruh skor item pernyataan. Selanjutnya, skor total ini dibandingkan dengan nilai median. Dukungan keluarga mendukung apabila skor total yang diperoleh ⩾ dari median, sedangkan responden diberikan dukungan keluarga kurang mendukung apabila skor total yang diperoleh < dari median.

2.1.8.5 Jarak Tempat Tinggal

2.1.8.5.1 Definisi Jarak Tempat Tinggal

Jarak tempat tinggal merupakan salah satu bentuk keterjangkauan geografis yang menggambarkan jarak fisik antara tempat tinggal individu dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Andriani et al., 2024). Menurut Notoatmodjo (2010) dalam (Sarastuti & Isfaizah, 2021), aksesibilitas pelayanan kesehatan, termasuk jarak, merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat.

Dalam perspektif perilaku kesehatan, jarak tempat tinggal termasuk ke dalam kategori faktor pemungkin (enabling factors). Lokasi pelayanan yang mudah dijangkau mendukung partisipasi rutin masyarakat. Prinsip penempatan layanan kesehatan berbasis komunitas menekankan bahwa lokasi sebaiknya berada dalam jangkauan yang memudahkan akses agar pemanfaatan layanan dapat meningkat secara optimal (Arief et al., 2023).

Secara operasional, jarak tempat tinggal dikategorikan menjadi dua, yaitu dekat dan jauh. Jarak dikategorikan dekat apabila lokasi fasilitas kesehatan dapat dicapai dengan berjalan kaki tanpa memerlukan alat transportasi, sehingga tidak menimbulkan hambatan berarti bagi individu untuk mengakses layanan secara rutin. Sebaliknya, jarak dikategorikan jauh apabila untuk mencapai fasilitas kesehatan diperlukan penggunaan alat transportasi karena jarak yang harus ditempuh cukup jauh dan membutuhkan waktu perjalanan yang lebih lama, sehingga berpotensi menjadi penghalang dalam pemanfaatan layanan kesehatan secara berkala (Notoatmodjo, 2010) dalam (Sarastuti & Isfaizah, 2021).

2.1.8.5.2 Pengukuran Jarak Tempat Tinggal

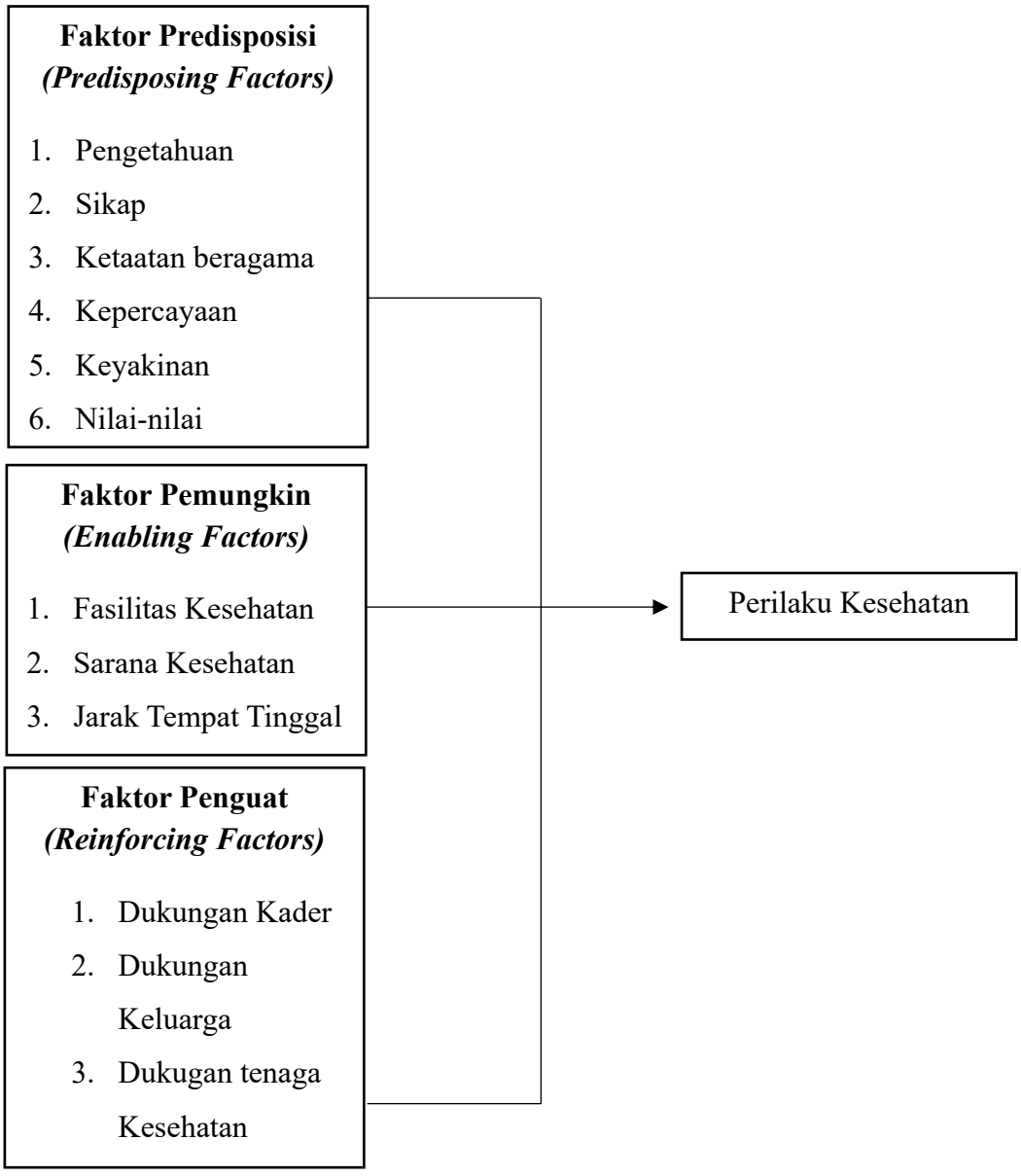
Pengukuran jarak tempat tinggal dalam penelitian ini dilakukan dengan instrumen kuesioner yang mendasarkan pada persepsi responden terhadap estimasi jarak fisik antara rumah tinggal dengan lokasi pelayanan kesehatan.

Skala pengukuran yang digunakan bersifat dikotomi dengan dua kategori. Responden dikategorikan dekat apabila jarak rumah ke Posyandu ILP dapat ditempuh dengan berjalan kaki tanpa memerlukan waktu yang lama maupun alat transportasi, dan dikategorikan jauh apabila jarak yang harus ditempuh membutuhkan waktu perjalanan yang cukup lama atau memerlukan penggunaan alat transportasi sehingga berpotensi menjadi hambatan dalam pemanfaatan layanan secara rutin (Damayanti et al., 2021).

Responden diminta memilih kategori “dekat” atau “jauh” sesuai dengan jarak yang mereka persepsikan. Penetapan batas jarak dalam penelitian ini menggunakan kategori ≤200 meter sebagai dekat dan >200 meter sebagai jauh, yang didasarkan pada pertimbangan kondisi geografis wilayah penelitian di mana posyandu tersebar di setiap RW.

2.2 Kerangka Teori

Kerangka Teori dalam penelitian ini didasarkan pada teori perilaku kesehatan *Lawrence Green* (1980) yang telah diuraikan dalam Notoatmodjo (2010). Teori ini menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok yaitu faktor utama faktor predisposisi *(predisposing factors)*, faktor pemungkin *(enabling factors)*, dan faktor penguat *(Reinforcing Factors)*.



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Teori *Lawrence Green* (1980) dalam (Notoatmodjo, 2010)

2.3 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Penelitian	Judul Penelitian	Metode Analisis	Hasil Penelitian
1.	(Sukmawati et al., 2026)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Balita di Posyandu Karya Bhakti Wilayah Kerja Puskesmas Paduan Rajawali Kabupaten Tulang Bawang	Metode kuantitatif dengan desain analitik cross-sectional.	Temuan berdasarkan penelitian ini menunjukkan Pengetahuan ibu dan dukungan keluarga berhubungan signifikan dengan kunjungan posyandu.
2.	(Ningrum et al., 2024)	Factors Related To Toddler Visits At The Kenanga Posyandu In Jurang Mangu Timur Village For The Period Of May 2023 – April 2024	Penelitian ini menggunakan metode analisis observasional dengan pendekatan Cross Sectional	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan, sikap, dukungan keluarga, dan peran kader posyandu dengan kunjungan balita di Posyandu Kenanga
3.	(Kausar et al., 2024)	Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Posyandu Lansia Di Gampong Beurawe Kecamatan Kuta Alam Kota Banda Aceh Tahun 2023	Wawancara dan Observasi	Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa ada hubungan pengetahuan, sikap, kualitas pelayanan dengan kunjungan posyandu lansia.

4.	(Erlina et al., 2024)	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Posyandu Lansia Puskesmas Air Teluk Kiri Kecamatan Teluk Dalam Kabupaten Asahan Tahun 2023	Metode analitik observasional melalui pendekatan Cross Sectional	Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap, dan fasilitas kesehatan dengan kunjungan posyandu lansia.
5.	(Rosita et al., 2025)	Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) Di UPTD Wilayah Kerja Puskesmas Tapaktuan	Survei Analitik dengan pendekatan Cross Sectional.	Penelitian ini dapat menunjukkan bahwa Pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan posyandu.

Berdasarkan hasil penelaahan terhadap penelitian terdahulu, menunjukkan bahwa faktor pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, dan peran kader telah diteliti dalam konteks kunjungan posyandu pada kelompok balita maupun lansia. Meskipun demikian, seluruh penelitian yang ditelaah masih fokus pada sasaran tersebut, sementara kajian yang secara spesifik menganalisis kelima faktor secara bersamaan pada kelompok usia 26–45 tahun dalam konteks Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP) belum pernah dilakukan. Posyandu ILP merupakan program transformasi layanan primer yang relatif baru dan memiliki karakteristik yang berbeda dari posyandu konvensional, sehingga belum dapat dipastikan apakah faktor-faktor tersebut memiliki pola hubungan yang sama apabila diteliti pada kelompok usia 26–45 tahun di Posyandu ILP. Terlebih, variabel jarak tempat tinggal dalam konteks Posyandu ILP pada kelompok usia 26–45 tahun sama sekali belum pernah dikaji dalam penelitian manapun yang ditelaah. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan penelitian *(research gap)* yang perlu diisi. Oleh karena itu, penelitian ini penting dilaksanakan untuk mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan

kunjungan Posyandu ILP pada usia 26–45 tahun di wilayah kerja UPTD Puskesmas Panyileukan Kota Bandung tahun 2026.