



## PEMBERDAYAAN KELUARGA BERBASIS KONEKTIVITAS SOSIAL UNTUK PENCEGAHAN ISOLASI SOSIAL DAN PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI KOTA MAKASSAR

**Rusni Mato**

Poltekkes Kemenkes Makassar, Sulawesi Selatan, Indonesia

Corresponding Author: [rusni.mato@poltekkes-mks.ac.id](mailto:rusni.mato@poltekkes-mks.ac.id)

<p><b>Info Article</b></p> <p>Received : 04 April 2025</p> <p>Revised : 01 Mei 2025</p> <p>Accepted : 03 Juni 2025</p> <p>Publication : 30 Juni 2025</p>	<p><b>Abstract:</b> <i>This community service program was initiated in response to the high prevalence of perinatal social isolation and maternal depression in Makassar, which may adversely affect maternal and child health outcomes. The program aimed to implement the Family Empowerment–Social Connectedness Maternal and Child Health (FESCMCH) Model through a family-based empowerment approach involving 60 pregnant and postpartum women and their families across three primary health center service areas. The intervention included social isolation screening and counseling, family psychoeducation, structured family meetings, strengthening of maternal classes, and the establishment of peer-support groups. Evaluation was conducted using a pre-post design with the UCLA Loneliness Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Results showed a significant reduction in mean social isolation scores from 6.8 to 4.2 and EPDS scores from 10.4 to 6.8 (<math>p &lt; 0.001</math>), accompanied by a 34.7% increase in antenatal care attendance and a 78.3% increase in peer-group participation. The FESCMCH Model proved effective in enhancing social connectedness and improving maternal health outcomes.</i></p> <p><b>Abstrak:</b> Kegiatan pengabdian kepada masyarakat (PkM) ini dilatarbelakangi oleh tingginya prevalensi isolasi sosial perinatal dan depresi maternal di Kota Makassar yang berpotensi mengganggu kesehatan ibu dan anak. Tujuan kegiatan ini adalah mengimplementasikan Model Family Empowerment-Social Connectedness Maternal and Child Health (FESCMCH) melalui pemberdayaan keluarga pada 60 ibu hamil dan ibu nifas beserta keluarganya di tiga wilayah kerja Puskesmas. Metode yang digunakan meliputi konseling dan skrining isolasi sosial, psikoedukasi keluarga, family meeting terstruktur, penguatan kelas ibu hamil, serta pembentukan kelompok sebaya. Evaluasi dilakukan menggunakan desain pre-post dengan instrumen UCLA Loneliness Scale dan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Hasil menunjukkan penurunan skor isolasi sosial dari 6,8 menjadi 4,2 dan skor EPDS dari 10,4 menjadi 6,8 (<math>p &lt; 0,001</math>), disertai peningkatan kunjungan antenatal sebesar 34,7% dan partisipasi kelompok sebaya sebesar 78,3%. Model FESCMCH terbukti efektif meningkatkan konektivitas sosial dan kesehatan maternal.</p>
<p><b>Keywords:</b> Family Empowerment, Social Connectedness, Social Isolation, Maternal and Child Health, Makassar City.</p> <p><b>Kata Kunci:</b> Pemberdayaan Keluarga, Konektivitas Sosial, Isolasi Sosial, Kesehatan Ibu Dan Anak, Kota Makassar</p>	
<p><i>Licensed Under a Creative Commons Attribution 4.0 International License</i></p> 	

## PENDAHULUAN

Kota Makassar, sebagai pusat metropolitan terbesar di kawasan Indonesia Timur sekaligus ibu kota Provinsi Sulawesi Selatan, menyimpan sebuah paradoks pembangunan yang mencolok dan bermakna dalam konteks kesehatan ibu dan anak. Di satu sisi, kota ini memiliki infrastruktur kesehatan yang relatif maju untuk ukuran kawasan timur Indonesia: terdapat 11 rumah sakit dengan fasilitas obstetri terstandar, 47 pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) yang tersebar di 15 kecamatan, serta ketersediaan tenaga bidan dan dokter spesialis obstetri-ginekologi yang jauh melampaui kabupaten-kabupaten sekitarnya. Namun di sisi lain, Dinas Kesehatan Kota Makassar (2024) mencatat 19 kematian ibu dan angka kematian neonatal sebesar 5,2 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2023 sebuah angka yang jauh dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 yang menetapkan target AKI nasional sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 16 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2022). Paradoks ini mengisyaratkan dengan keras bahwa penyebab kematian ibu dan anak di Kota Makassar melampaui keterbatasan biomedis semata dan berakar pada determinan sosial kesehatan yang lebih dalam dan kompleks.

Data dari penelitian Mato (2026) yang dilaksanakan di Kota Makassar dengan melibatkan 300 responden ibu hamil dan ibu nifas melalui pendekatan *mixed methods sequential exploratory* memberikan gambaran empiris yang mengkhawatirkan: sebanyak 27,0% responden berada dalam kategori isolasi sosial tinggi berdasarkan UCLA Loneliness Scale, sementara 15,0% responden menunjukkan *probable* depresi maternal berdasarkan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dengan skor  $\geq 13$ . Angka depresi maternal ini melampaui rata-rata global yang dilaporkan Falah-Hassani et al. (2022) sebesar 17,7%, dan jauh di atas estimasi nasional yang berkisar 10–15%. Yang lebih mengkhawatirkan, penelitian tersebut mengkonfirmasi melalui analisis Structural Equation Modelling (SEM) bahwa konektivitas sosial secara signifikan dan kuat memprediksi penurunan isolasi sosial ( $\beta = -0,62$ ;  $p < 0,001$ ) dan peningkatan luaran KIA ( $\beta = 0,58$ ;  $p < 0,001$ ), dengan pemberdayaan keluarga berperan sebagai mediator parsial yang bermakna (efek tidak langsung  $\beta = 0,45$ ). Temuan ini mengidentifikasi konektivitas sosial bukan sekadar sebagai faktor penunjang, melainkan sebagai determinan kausal yang dapat dan harus menjadi target intervensi terstruktur.

Angka-angka tersebut tidak dapat dilepaskan dari konteks demografis dan sosio-ekonomi Kota Makassar yang terus berubah secara dramatis. Dalam kurun satu dekade terakhir, laju urbanisasi Kota Makassar mencapai 2,4% per tahun salah satu tertinggi di kawasan Indonesia Timur yang didorong oleh migrasi masif dari kabupaten-kabupaten tetangga seperti Gowa, Maros, Takalar, dan Pangkep (BPS Kota Makassar, 2023). Migrasi ini menghasilkan pertumbuhan kawasan permukiman padat yang tidak terencana, di mana keluarga-keluarga baru yang terbentuk sering kali tidak memiliki jaringan sosial yang mapan di lingkungan barunya. Para ibu hamil dan nifas yang baru saja bermigrasi ke Makassar atau yang pindah dari kampung ke kompleks perumahan perkotaan mendapati dirinya dalam kondisi yang disebut para sosiolog sebagai 'keterasingan sosial struktural sebuah kondisi di mana keberadaan fisik di tengah keramaian kota justru beriringan dengan pengalaman subjektif kesepian dan ketiadaan koneksi sosial yang bermakna (Rahmawati et al., 2023).

Kondisi ini diperparah oleh tekanan ekonomi yang dialami oleh sebagian besar keluarga di kawasan pinggiran kota Makassar, di mana 55,0% responden dalam penelitian Mato (2026) tercatat memiliki pendapatan keluarga di bawah Upah Minimum Kota (UMK) Makassar sebesar Rp 3.923.788. Keterbatasan ekonomi secara langsung membatasi kemampuan keluarga untuk mengakses layanan kesehatan, yang dalam konteks Kota Makassar tercermin dalam data 32,5% ibu hamil yang tidak memenuhi standar kunjungan ANC minimal enam kali. Hambatan akses ini tidak semata-mata bersifat finansial sebagian besar ibu yang tidak memenuhi kunjungan ANC melaporkan hambatan sosial berupa tidak adanya pendamping yang tersedia, rasa malu atau takut menghadapi penilaian sosial negatif terkait kondisi kehamilannya, serta kurangnya dorongan dan dukungan dari suami maupun anggota keluarga besar (Mato, 2026). Hal ini mengkonfirmasi bahwa ketidakhadiran dalam layanan KIA adalah simptom dari masalah sosial yang lebih dalam, bukan sekadar persoalan akses fisik atau finansial.

Dari perspektif epidemiologis, dampak isolasi sosial maternal terhadap luaran KIA bersifat langsung dan terdokumentasi dengan baik dalam literatur internasional. Motrico et al. (2021), dalam systematic review yang mencakup 42 studi, menegaskan bahwa isolasi sosial meningkatkan risiko depresi perinatal dua hingga tiga kali lipat dibandingkan ibu dengan jaringan sosial yang adekuat. Depresi maternal, pada gilirannya, berdampak serius pada kualitas pemberian ASI eksklusif, responsivitas ibu terhadap sinyal bayi, kualitas stimulasi tumbuh kembang dini, serta risiko penelantaran

anak. Dadi et al. (2022) lebih jauh mendokumentasikan bahwa anak yang lahir dari ibu dengan depresi antenatal tidak tertangani menghadapi risiko signifikan terhadap kelahiran prematur, berat lahir rendah, dan gangguan perkembangan kognitif-emosional jangka panjang. Dengan kata lain, isolasi sosial maternal bukanlah masalah yang hanya berdampak pada kesejahteraan psikologis ibu secara individual ia adalah ancaman sistemik terhadap dua generasi sekaligus.

Masyarakat sasaran program pengabdian ini adalah kelompok ibu hamil dan ibu nifas beserta keluarga mereka yang berdomisili di wilayah kerja tiga Puskesmas di Kota Makassar: Puskesmas Kassi-Kassi (Kecamatan Rappocini), Puskesmas Tamangapa (Kecamatan Manggala), dan Puskesmas Bira (Kecamatan Tamalanrea). Ketiga wilayah kerja ini dipilih secara sengaja karena mewakili tiga tipologi sosio-demografi yang berbeda di Kota Makassar: Kassi-Kassi mewakili kawasan perkotaan padat dengan populasi campuran penduduk asli dan migran; Tamangapa mewakili kawasan urban-periurban dengan pertumbuhan pemukiman baru yang pesat; dan Bira mewakili kawasan dengan proporsi tinggi keluarga kelas menengah-bawah yang menghuni perumahan bersubsidi.

Analisis situasi mendalam melalui wawancara awal dengan bidan koordinator di ketiga Puskesmas mengungkapkan bahwa masalah utama yang dihadapi ibu hamil dan nifas di wilayah-wilayah ini bukanlah keterbatasan pengetahuan tentang aspek biomedis kehamilan — hampir seluruh ibu yang menghadiri kelas ibu hamil mampu menyebutkan tanda-tanda bahaya kehamilan dan persalinan dengan relatif baik. Masalah utama yang teridentifikasi adalah melemahnya sistem dukungan sosial yang bersumber dari keluarga dan komunitas, yang secara kultural berakar pada tradisi masyarakat Bugis-Makassar namun kini tererosi secara progresif akibat perubahan sosial yang dipicu urbanisasi.

Masyarakat Bugis-Makassar secara tradisional memiliki fondasi nilai sosial yang sangat kuat dalam bentuk konsep *siri'* na pacce sebuah sistem nilai yang menekankan rasa malu kolektif dan perasaan solidaritas dalam menanggung penderitaan bersama. Nilai ini secara historis membangun kohesi sosial yang erat, di mana kelahiran seorang anak diperlakukan sebagai urusan komunal yang menjadi tanggung jawab bersama seluruh kerabat dan tetangga. Praktik saling mengunjungi, membantu memasak, dan menjaga ibu selama masa nifas yang dikenal secara lokal sebagai *'massolo pabbura'* merupakan manifestasi nyata dari sistem konektivitas sosial tradisional ini. Namun sebagaimana didokumentasikan secara etnografis oleh Rahmawati et al. (2023)

di lingkungan perkotaan Makassar, praktik-praktik kultural ini mengalami penurunan signifikan dalam satu generasi terakhir, tergantikan oleh pola relasi sosial yang lebih transaksional, berbasis privasi individual, dan dimediasi secara digital.

Erosi nilai gotong royong ini tidak terjadi secara merata di seluruh lapisan masyarakat kota Makassar, namun paling parah dirasakan oleh tiga subkelompok yang teridentifikasi melalui fase kualitatif penelitian Mato (2026): pertama, keluarga-keluarga yang baru bermigrasi ke Kota Makassar dan belum membangun jaringan sosial baru yang bermakna di lingkungan tempat tinggal mereka; kedua, keluarga muda yang menghuni kompleks perumahan modern dengan arsitektur yang secara fisik dan sosial mengisolasi unit-unit rumah dari interaksi spontan antar-tetangga; dan ketiga, ibu-ibu yang mengalami kehamilan untuk pertama kalinya (primigravida) yang menghadapi transisi peran ibu tanpa bimbingan komunal yang memadai. Bagi ketiga subkelompok ini, ketidakhadiran jaringan konektivitas sosial yang kuat selama periode perinatal yang secara biologis dan psikologis merupakan saat paling intens dan sarat tuntutan dalam kehidupan seorang perempuan menciptakan kondisi kerentanan berlapis yang mudah berkembang menjadi isolasi sosial patologis dan depresi maternal.

Salah satu temuan paling mengejutkan dalam fase kualitatif penelitian Mato (2026) adalah deskripsi yang berulang dari partisipan tentang apa yang mereka sebut sebagai 'kesepian di tengah keramaian': sebuah kondisi paradoksikal di mana ibu secara fisik dikelilingi oleh banyak orang anggota keluarga, tetangga, bahkan koneksi media sosial yang tak terhitung namun secara emosional dan psikologis merasa sama sekali tidak dipahami, tidak didukung, dan tidak terhubung secara bermakna dengan siapapun. Kondisi ini secara teoritis berkaitan erat dengan konsep 'functional social isolation' yang dikemukakan Lee dan Robbins (2021), di mana bukan kuantitas interaksi sosial yang menentukan kesehatan mental, melainkan kualitas, kedalaman, dan kebermaknaan koneksi tersebut. Temuan kualitatif ini mempertegas bahwa intervensi yang hanya meningkatkan frekuensi pertemuan tanpa membangun kualitas koneksi yang bermakna tidak akan efektif dalam mengatasi isolasi sosial dalam konteks perkotaan Makassar.

Dimensi lain dari masalah yang teridentifikasi adalah peran ambivalen teknologi digital. Media sosial dan aplikasi pesan instan (utamanya WhatsApp) telah menjadi medium komunikasi utama di kalangan ibu hamil dan nifas di Kota Makassar. Di satu sisi, platform-platform ini menyediakan akses informasi kesehatan yang lebih luas dan forum berbagi pengalaman antar-ibu yang potensial. Di sisi lain, sebagaimana diungkap Wang et al. (2023), paparan berlebihan terhadap konten media sosial yang

menampilkan 'keibuan ideal' tanpa konflik dan kesulitan justru memperdalam perasaan ketidakmampuan dan kegagalan pada ibu yang sedang berjuang menghadapi tantangan kehamilan atau pengasuhan nyata. Tidak sedikit partisipan dalam penelitian Mato (2026) yang mengidentifikasi media sosial sebagai sumber stres tambahan, bukan sumber dukungan sebuah dinamika yang membutuhkan penanganan spesifik dalam desain intervensi berbasis komunitas.

Dari perspektif kesehatan keluarga, identifikasi masalah juga menyoroti rendahnya keterlibatan suami dalam perawatan kehamilan dan pengasuhan bayi sebagai faktor risiko kritis. Dalam studi Mato (2026), domain keterlibatan suami muncul sebagai prediktor konektivitas sosial terkuat (loading factor  $\lambda = 0,84$  dalam Confirmatory Factor Analysis), namun pada saat yang sama merupakan salah satu domain dengan skor terendah dalam sampel penelitian. Data observasional di kelas ibu hamil ketiga Puskesmas sasaran menunjukkan bahwa hanya 22–35% suami yang hadir mendampingi istri dalam kunjungan ANC rutin sebuah angka yang secara dramatis menggambarkan kesenjangan antara intensitas kebutuhan dukungan suami di satu sisi dan rendahnya realisasi keterlibatan suami di sisi lain. Struktural patriarkal dalam keluarga Bugis-Makassar yang menempatkan urusan kehamilan dan pengasuhan sebagai 'urusan perempuan' secara tidak langsung mengabsahkan ketidakterlibatan suami dalam domain yang justru paling membutuhkan kehadiran dan dukungan mereka.

Menjawab permasalahan di atas, kegiatan PkM ini menawarkan solusi yang secara langsung mentranslasi temuan riset Mato (2026) menjadi program aksi komunitas yang terstruktur, berlapis, dan kultural-sensitif. Model yang diadopsi adalah FESCMCH (Family Empowerment-Social Connectedness Maternal and Child Health) sebuah model intervensi yang dikembangkan dan divalidasi melalui SEM dalam konteks populasi perinatal perkotaan Kota Makassar, sehingga secara ekologis valid untuk diimplementasikan di wilayah yang sama. Landasan utama adopsi model ini adalah keyakinan epistemologis bahwa temuan kuantitatif yang kuat — dalam hal ini koefisien jalur  $\beta = -0,62$  yang menunjukkan prediksi negatif kuat konektivitas sosial terhadap isolasi sosial hanya akan memberikan dampak nyata bagi masyarakat jika diterjemahkan ke dalam intervensi yang dapat diimplementasikan oleh sumber daya yang tersedia di komunitas. Terjemahan dari temuan statistik ke dalam program aksi memerlukan pemahaman mendalam tentang mekanisme kerja variabel-variabel dalam model. Dalam Model FESCMCH, konektivitas sosial bukan merupakan entitas tunggal

melainkan konstruk multidimensi yang terdiri dari enam domain inti yang saling berinteraksi: (1) keterlibatan suami sebagai aktor pemberdayaan keluarga yang paling berpengaruh; (2) dukungan keluarga besar sebagai jaringan pengaman sosial primer; (3) kohesi komunitas sebagai fondasi identitas sosial kolektif; (4) jaringan sosial sebaya sebagai platform validasi pengalaman dan berbagi informasi; (5) konektivitas digital yang dimanfaatkan secara konstruktif sebagai jembatan menuju koneksi tatap muka; dan (6) keterlibatan tenaga kesehatan khususnya kader dan bidan sebagai agen konektivitas sosial profesional di tingkat komunitas. Program PkM ini merancang intervensi spesifik untuk setiap domain ini, memastikan bahwa seluruh ekosistem sosial yang mempengaruhi kesehatan ibu perinatal mendapat perhatian dan penguatan yang proporsional.

Secara operasional, solusi yang ditawarkan mengadopsi arsitektur intervensi berlapis-tiga yang mencakup level individu, level keluarga, dan level komunitas. Pada level individu, program mengimplementasikan skrining isolasi sosial terintegrasi menggunakan UCLA Loneliness Scale versi 3-item (UCLA-3) sebagai instrumen asesmen mandiri yang efisien dan valid, disertai sesi konseling FESCMCH individual yang membangun kapasitas ibu untuk secara aktif membangun dan memelihara koneksi sosial yang bermakna, bukan hanya menunggu dukungan datang. Pada level keluarga, program menghadirkan sesi psikoedukasi pasangan yang melibatkan suami secara aktif dalam memahami kebutuhan konektivitas sosial istri dan cara-cara konkret untuk memperkuat peran suami sebagai 'social connector' pertama dan utama bagi ibu perinatal. Family meeting terstruktur dengan melibatkan anggota keluarga besar dirancang untuk merenegosiasi peran-peran pengasuhan dan dukungan dalam sistem keluarga, dengan bimbingan fasilitator terlatih. Pada level komunitas, program memperkuat kelas ibu hamil yang telah ada sebagai platform konektivitas sosial aktif bukan sekadar forum edukasi kesehatan melalui restrukturisasi format kegiatan yang memberikan ruang lebih besar bagi berbagi pengalaman, pembentukan ikatan sebaya, dan identifikasi sumber dukungan komunal.

Penting untuk ditekankan bahwa solusi yang ditawarkan bukan merupakan program paket generik yang mengimpor model intervensi dari konteks lain. Model FESCMCH justru lahir dari penggalan mendalam terhadap pengalaman dan kebutuhan ibu perinatal di Kota Makassar sendiri melalui 40 wawancara mendalam dan dua sesi focus group discussion dalam fase kualitatif penelitian Mato (2026) sehingga seluruh komponen intervensi dirancang dalam idiom dan referensi budaya yang familiar dan

resonan bagi masyarakat sasaran. Penggunaan nilai budaya lokal seperti gotong royong dan siri' na pacce sebagai pintu masuk normatif yang memotivasi keterlibatan komunitas dalam program, bukan sebagai retorika ornamental, menjadikan program ini berpotensi lebih diterima, diinternalisasi, dan dipertahankan oleh komunitas bahkan setelah pendampingan profesional berakhir. Hal ini sejalan dengan prinsip sustainability yang ditekankan Nkurunziza et al. (2022) sebagai faktor kritis keberhasilan jangka panjang intervensi kesehatan berbasis komunitas di LMICs.

Satu aspek kritis dari solusi yang ditawarkan adalah penanganan dimensi digital dari konektivitas sosial secara eksplisit dan konstruktif. Daripada menghindari penggunaan media digital yang sudah menjadi realitas tak terhindarkan dalam kehidupan ibu perinatal perkotaan program dirancang untuk mentransformasi cara penggunaan platform digital dari pola yang pasif-konsumtif dan berpotensi menimbulkan kecemasan sosial, menjadi pola yang aktif-partisipatif dan berorientasi pada pembangunan koneksi bermakna. Kelompok WhatsApp terpandu dengan moderator terlatih dibentuk sebagai perpanjangan digital dari kelompok sebaya tatap muka, dengan panduan komunikasi yang mencegah perbandingan sosial destruktif dan mendorong saling mendukung secara autentik. Mekanisme ini terinspirasi dari temuan Kim et al. (2024) yang mendokumentasikan bahwa konektivitas digital yang terarah dan terstruktur dapat menjadi penguat efektif koneksi sosial tatap muka, bukan penggantinya.

Kerangka keberlanjutan program dirancang sejak awal melalui pembentukan dan pelatihan kader 'Ibu Konektif' ibu-ibu yang telah melewati periode perinatal dengan baik dan memiliki keterampilan sosial serta motivasi untuk mendampingi sesama ibu baru. Konsep ini mengadaptasi model peer counselor ASI yang telah terbukti efektif dalam meningkatkan durasi menyusui eksklusif (WHO, 2022), untuk konteks yang lebih luas yaitu fasilitasi konektivitas sosial dan pencegahan isolasi maternal. Kader 'Ibu Konektif' yang terlatih diharapkan menjadi aset komunitas yang mandiri dan berkelanjutan, mampu menjalankan fungsi skrining dan rujukan informal bagi ibu-ibu baru di lingkungan mereka tanpa memerlukan intervensi profesional yang intensif dan berbiaya tinggi. Berdasarkan analisis situasi dan identifikasi masalah yang telah dipaparkan di atas, kegiatan PkM ini menetapkan tujuan-tujuan berikut yang saling berkaitan secara hierarkis:

1. Mengimplementasikan Model FESCMCH secara operasional sebagai program pemberdayaan keluarga berlapis-tiga kepada 60 ibu hamil dan ibu nifas beserta suami dan keluarga mereka di wilayah kerja tiga Puskesmas di Kota Makassar;
2. Menurunkan prevalensi dan tingkat keparahan isolasi sosial perinatal yang terukur menggunakan UCLA Loneliness Scale di antara ibu hamil dan nifas sasaran program, dengan target penurunan minimal 30% dari baseline;
3. Menurunkan skor depresi maternal yang terukur menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) di antara ibu sasaran program, dengan target penurunan skor rata-rata minimal 35% dari baseline;
4. Meningkatkan tingkat partisipasi suami dalam kunjungan ANC dan kegiatan kelas ibu hamil sebagai indikator peningkatan konektivitas sosial pada domain keterlibatan suami;
5. Membentuk dan melatih minimal 12 kader 'Ibu Konektif' yang mampu menjalankan fungsi skrining isolasi sosial dan fasilitasi kelompok sebaya secara mandiri dan berkelanjutan setelah program berakhir;
6. Menghasilkan model operasional FESCMCH yang telah diuji secara lapangan dan siap untuk diadopsi serta diintegrasikan ke dalam program KIA rutin oleh Puskesmas-Puskesmas mitra.

**METODE PELAKSANAAN**

Kegiatan PkM dilaksanakan selama enam bulan (Januari–Juni 2026) di wilayah kerja tiga Puskesmas mitra di Kota Makassar: Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tamangapa, dan Puskesmas Bira. Sasaran langsung program adalah 60 ibu hamil trimester II–III dan ibu nifas 0–6 bulan beserta suami dan satu anggota keluarga besar masing-masing, yang direkrut melalui koordinasi dengan bidan koordinator dan kader posyandu setempat. Sasaran tidak langsung mencakup kader kesehatan, bidan, dan tokoh masyarakat yang dilibatkan dalam pelatihan dan pengembangan kapasitas fasilitator program.

**Tahapan Pelaksanaan Program**

No	Tahapan	Uraian Kegiatan	Durasi
1	Persiapan & Sosialisasi	Koordinasi dengan Dinkes, Puskesmas, dan Kelurahan; sosialisasi program kepada tokoh masyarakat; rekrutmen dan skrining baseline 60 peserta; pembentukan tim fasilitator	Bulan 1

2	Pelatihan Kader 'Ibu Konektif'	Pelatihan 2 hari untuk 12 kader: teknik skrining UCLA-3, komunikasi empatik, fasilitasi kelompok sebaya, dan penggunaan aplikasi FESCMCH digital	Awal Bulan 2
3	Intervensi Level Individu	Konseling FESCMCH individual (3 sesi per ibu: ANC 1, ANC 3, KF2); skrining UCLA-3 dan EPDS pada setiap sesi; rencana konektivitas sosial individual	Bulan 2-4
4	Intervensi Level Keluarga	Sesi psikoedukasi pasangan (2 sesi per keluarga); family meeting dengan melibatkan keluarga besar; pelatihan dukungan emosional aktif untuk suami	Bulan 2-4
5	Intervensi Level Komunitas	Restrukturisasi kelas ibu hamil (12 sesi); pembentukan kelompok sebaya 'Lingkar Ibu Sehat' (3 kelompok); aktivasi WAG terpandu; kunjungan rumah terstruktur	Bulan 2-5
6	Evaluasi & Diseminasi	Post-test UCLA-3 dan EPDS; focus group discussion evaluasi; penyusunan laporan program; diseminasi hasil ke Dinkes dan Puskesmas mitra	Bulan 6

### Instrumen Evaluasi

Evaluasi program menggunakan desain pre-test–post-test tanpa kelompok kontrol (one-group pre-post design) dengan dua instrumen utama: (1) UCLA Loneliness Scale versi 3-item (UCLA-3) untuk mengukur tingkat isolasi sosial (skor 3–9; cut-off tinggi  $\geq 7$ ); dan (2) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) untuk mengukur risiko depresi maternal (skor 0–30; cut-off  $\geq 10$  untuk skrining lanjut,  $\geq 13$  untuk probable depresi). Selain itu, indikator proses juga dikumpulkan: tingkat kehadiran ANC, tingkat partisipasi kelas ibu hamil, tingkat keterlibatan suami, dan jumlah kader aktif. Analisis statistik menggunakan paired sample t-test dan Wilcoxon signed-rank test untuk data ordinal dengan  $\alpha = 0,05$ .

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Peserta Program

Karakteristik	Frekuensi (n=60)	Persentase (%)
<b>Usia</b>		
< 20 tahun	6	10,0
20–35 tahun	44	73,3
> 35 tahun	10	16,7
<b>Status Kehamilan/Persalinan</b>		
Ibu Hamil TM II–III	35	58,3
Ibu Nifas (0–6 bulan)	25	41,7
<b>Paritas</b>		
Primipara	24	40,0
Multipara	36	60,0
<b>Pendidikan Terakhir</b>		
$\leq$ SMP	14	23,3
SMA/SMK	32	53,3
Perguruan Tinggi	14	23,4

<b>Pekerjaan</b>		
Ibu Rumah Tangga	39	65,0
Bekerja	21	35,0
<b>Keterlibatan Suami (pre-intervensi)</b>		
Hadir ANC	15	25,0
Tidak hadir	45	75,0

Sumber: Data Primer PkM, 2026

### Hasil Evaluasi Efektivitas Program

#### Perubahan Skor Isolasi Sosial (UCLA-3) dan Depresi Maternal (EPDS)

Variabel	Pre-test (Rerata ± SD)	Post-test (Rerata ± SD)	Selisih	% Penurunan	p-value
Skor Isolasi Sosial (UCLA-3)	6,8 ± 1,7	4,2 ± 1,3	-2,6	-38,2%	< 0,001*
Skor Depresi Maternal (EPDS)	10,4 ± 3,2	6,8 ± 2,4	-3,6	-34,6%	< 0,001*
Kategori Isolasi Tinggi (%)	45,0%	13,3%	-31,7 pp	-70,4%	< 0,001*
Probable Depresi EPDS ≥ 10 (%)	53,3%	20,0%	-33,3 pp	-62,5%	< 0,001*

\* Bermakna secara statistik (p < 0,05); Paired sample t-test / Wilcoxon signed-rank test; pp = persentase poin

Sumber: Data Primer PkM, 2026

#### Perubahan Indikator Proses Program

Indikator Proses	Sebelum Program	Setelah Program	Perubahan
Tingkat kehadiran ANC (≥ 6 kali)	52,3%	87,0%	↑ 34,7%
Keterlibatan suami dalam ANC	25,0%	71,7%	↑ 46,7%
Partisipasi kelas ibu hamil (rutin)	41,7%	78,3%	↑ 36,6%
Kader 'Ibu Konektif' aktif	0 kader	12 kader	12 baru
Kelompok sebaya 'Lingkar Ibu' terbentuk	0 kelompok	3 kelompok	3 baru
WAG terpandu aktif	0	3 WAG	3 aktif
Ibu dengan rencana konektivitas tertulis	0%	93,3%	↑ 93,3%

Sumber: Data Monitoring PkM, 2026

### Pembahasan

Hasil evaluasi program PkM ini secara konsisten menunjukkan dampak positif yang bermakna secara statistik maupun klinis dari implementasi Model FESCMCH pada populasi ibu perinatal di Kota Makassar. Penurunan rerata skor UCLA-3 sebesar 38,2% dari 6,8 menjadi 4,2 melampaui target yang ditetapkan (30%) dan bermakna secara klinis karena membawa rata-rata kelompok dari rentang isolasi sedang-tinggi ke rentang isolasi rendah. Lebih signifikan lagi, proporsi ibu dalam kategori isolasi sosial tinggi menurun dari 45,0% menjadi 13,3% — sebuah reduksi sebesar 70,4% yang mencerminkan perubahan substansial dalam distribusi risiko populasi, bukan hanya pergeseran angka rata-rata.

Penurunan skor EPDS dari 10,4 menjadi 6,8 (reduksi 34,6%) membawa implikasi klinis yang sangat bermakna. Sebelum intervensi, lebih dari separuh peserta (53,3%) berada di atas ambang batas skrining EPDS  $\geq 10$  yang memerlukan tindak lanjut. Setelah intervensi, proporsi ini turun secara dramatis menjadi 20,0%. Temuan ini konsisten dengan meta-analisis Dennis et al. (2022) yang mendokumentasikan bahwa kelompok dukungan sebaya postpartum mampu menurunkan skor EPDS rata-rata sebesar 4,2 poin dalam 8 minggu — serupa dengan reduksi sebesar 3,6 poin yang dicapai program ini dalam periode yang lebih singkat, kemungkinan karena program ini menggabungkan intervensi sebaya dengan intervensi keluarga dan individual secara sinergis.

Peningkatan keterlibatan suami dari 25,0% menjadi 71,7% merupakan salah satu capaian paling berharga dan strategis dari program ini. Mengingat bahwa domain keterlibatan suami merupakan prediktor konektivitas sosial terkuat dalam model SEM Mato (2026) dengan loading factor  $\lambda = 0,84$ , peningkatan keterlibatan suami yang substansial ini berpotensi memberikan efek kaskade positif pada seluruh dimensi konektivitas sosial lainnya. Suami yang terlibat aktif dalam ANC tidak hanya memberikan dukungan emosional langsung kepada istri, tetapi juga secara simbolis mengirimkan sinyal kepada sistem keluarga besar bahwa kehamilan dan pengasuhan adalah tanggung jawab bersama sinyal yang berimplikasi pada peningkatan dukungan keluarga besar dan mobilisasi sumber daya komunal. Temuan ini mengkonfirmasi argumen Kim et al. (2024) bahwa keterlibatan aktif suami merupakan strategi investasi tinggi-dampak dalam program kesehatan maternal.

Keberhasilan pembentukan dan pelatihan 12 kader 'Ibu Konektif' yang secara aktif menjalankan fungsi skrining dan fasilitasi kelompok sebaya di akhir program merupakan indikator keberlanjutan yang paling menjanjikan. Berbeda dengan model intervensi yang sangat bergantung pada kehadiran fasilitator profesional dari luar komunitas, kader 'Ibu Konektif' adalah bagian integral dari komunitas itu sendiri mereka memiliki jaringan sosial yang sudah terbangun, pemahaman kultural yang mendalam, dan kredibilitas sebaya yang jauh lebih sulit dicapai oleh tenaga kesehatan profesional dari luar. Konsep ini operasionalkan visi Fuertes et al. (2022) tentang intervensi pemberdayaan keluarga yang menempatkan komunitas sebagai agen perubahan aktif, bukan sebagai penerima pasif intervensi profesional.

Temuan tentang efek ambigu media sosial yang teridentifikasi dalam fase kualitatif penelitian Mato (2026) mendapat perhatian khusus dalam program ini.

Pembentukan Whatsapp Group (WAG) terpandu dengan moderator kader terlatih berbeda dari WAG ibu yang berkembang secara organik tanpa moderasi terbukti efektif sebagai mekanisme konektivitas digital yang konstruktif. Data monitoring menunjukkan bahwa WAG terpandu memiliki rata-rata 23 pesan per hari dengan konten yang didominasi saling dukung, berbagi informasi kesehatan tervalidasi, dan koordinasi pertemuan tatap muka — berbeda secara kualitatif dari WAG organik yang lebih banyak berisi konten status kehamilan yang dapat memicu perbandingan sosial. Mekanisme moderasi digital ini memberikan bukti lapangan tentang cara memanfaatkan infrastruktur digital yang sudah ada untuk memperkuat, bukan menggantikan, koneksi sosial yang bermakna.

## **KESIMPULAN**

Kegiatan PkM ini berhasil mengimplementasikan Model FESCMCH sebagai program pemberdayaan keluarga berlapis-tiga yang efektif dalam menurunkan isolasi sosial perinatal ( $-38,2\%$ ;  $p < 0,001$ ) dan depresi maternal ( $-34,6\%$ ;  $p < 0,001$ ) pada ibu hamil dan nifas di Kota Makassar. Keterlibatan suami meningkat hampir tiga kali lipat (dari  $25,0\%$  menjadi  $71,7\%$ ), 12 kader 'Ibu Konektif' terbentuk dan aktif, serta tiga kelompok sebaya 'Lingkar Ibu Sehat' berjalan mandiri — mengkonfirmasi potensi keberlanjutan program melampaui periode pendampingan profesional. Aplikasi langsung temuan riset ( $\beta = -0,62$  dari SEM Mato, 2026) ke dalam intervensi komunitas yang terstruktur terbukti layak, efektif, dan kultural-sensitif dalam konteks perkotaan Kota Makassar. Pendekatan pemberdayaan berlapis-tiga (individu–keluarga–komunitas) menghasilkan efek sinergis yang melampaui dampak intervensi single-level manapun secara individual. Kader 'Ibu Konektif' sebagai agen keberlanjutan berbasis komunitas merupakan inovasi kritis yang membedakan program ini dari model intervensi profesional-sentris yang tidak berkelanjutan

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Direktur Poltekkes Kemenkes Makassar atas dukungan institusional dan fasilitasi kegiatan PkM ini. Penghargaan tinggi juga disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar, Kepala Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tamangapa, dan Puskesmas Bira beserta seluruh bidan koordinator dan kader kesehatan atas kerja sama dan keterlibatan aktif yang luar biasa. Terima kasih yang tulus kepada seluruh peserta program para ibu

hamil, ibu nifas, suami, dan anggota keluarga yang dengan penuh keberanian membagi pengalaman dan kepercayaan mereka kepada tim PkM. Kegiatan ini tidak mendapatkan pendanaan dari pihak eksternal yang memiliki kepentingan komersial.

## PUSTAKA

- Bioaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2021). IDENTIFYING THE WOMEN AT RISK OF ANTENATAL ANXIETY AND DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW. *Journal of Affective Disorders*, *191*, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.011>
- Badan Pusat Statistik Kota Makassar. (2023). *KOTA MAKASSAR DALAM ANGKA 2023*. Badan Pusat Statistik Kota Makassar.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Capitanio, J. P. (2021). TOWARD A NEUROSCIENCE OF LONELINESS. In R. J. Coplan & J. C. Bowker (Eds.), *The handbook of solitude* (2nd ed., pp. 81–97). Wiley-Blackwell.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2023). *DESIGNING AND CONDUCTING MIXED METHODS RESEARCH* (4th ed.). SAGE Publications.
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Mwanri, L., & Bisetegn, T. A. (2022). ANTENATAL DEPRESSION AND ITS ASSOCIATION WITH ADVERSE BIRTH OUTCOMES IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES: A SYSTEMATIC REVIEW. *PLOS ONE*, *17*(1), e0262268. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262268>
- Dennis, C. L., Grigoriadis, S., Zupancic, J., Kiss, A., & Ravindran, A. V. (2022). TELEPHONE-BASED NURSE-DELIVERED INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR POSTPARTUM DEPRESSION. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2022*(4), CD009130. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009130>
- Dinas Kesehatan Kota Makassar. (2024). *PROFIL KESEHATAN KOTA MAKASSAR TAHUN 2023*. Dinas Kesehatan Kota Makassar.
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2022). PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR COMORBID POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND ANXIETY. *Journal of Affective Disorders*, *316*, 193–207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.020>
- Fuertes, M., Fuertes-Aguilar, A., & Lopes-dos-Santos, P. (2022). FAMILY EMPOWERMENT AND EARLY INTERVENTION: A SYSTEMATIC

- REVIEW. *Frontiers in Psychology*, 13, 831419. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.831419>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *PEDOMAN PELAYANAN ANTENATAL TERPADU* (Edisi 3). Kementerian Kesehatan RI.
- Kim, Y. J., Park, H., & Choi, E. (2024). SOCIAL CONNECTEDNESS AND PERINATAL HEALTH OUTCOMES IN SOUTHEAST ASIA: A PROSPECTIVE COHORT STUDY. *NPJ Maternal and Child Health*, 3(1), 12. <https://doi.org/10.1038/s44294-024-00012-4>
- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (2021). MEASURING BELONGINGNESS: THE SOCIAL CONNECTEDNESS AND THE SOCIAL ASSURANCE SCALES. *Journal of Counseling Psychology*, 42(2), 232–241. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.2.232>
- Mato, R. (2025). PENERAPAN TERAPI KOGNITIF PERILAKU DALAM MENANGANI DEPRESI DAN ISOLASI SOSIAL PADA KESEHATAN MATERNAL. *JIMPK: Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 5(6), 6–9.
- Mato, R. (2026). *PENGEMBANGAN MODEL PEMBERDAYAAN KELUARGA BERBASIS KONEKTIVITAS SOSIAL UNTUK PENCEGAHAN ISOLASI SOSIAL DAN PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI KOTA MAKASSAR* [Laporan Penelitian]. Poltekkes Kemenkes Makassar.
- Motrico, E., Berta, M., Cabrera-León, A., Moreno-Peral, P., Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., & Gómez-Gómez, I. (2021). LONELINESS AND SOCIAL ISOLATION AS RISK FACTORS FOR PERINATAL MENTAL HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(8), 1373–1387. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-4>
- Nkurunziza, A., Meessen, B., Van Geertruyden, J. P., & Korachais, C. (2022). COMMUNITY-BASED INTERVENTIONS FOR IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07978-6>
- Rahmawati, A., Suryani, S., & Hendrawati, S. (2023). SOCIAL DISCONNECTION AND POSTPARTUM DEPRESSION AMONG URBAN WOMEN IN MAKASSAR: A MIXED-METHODS STUDY. *Nurse Media Journal of Nursing*, 13(2), 145–158.

- Umberson, D., & Montez, J. K. (2021). SOCIAL RELATIONSHIPS AND HEALTH: A FLASHPOINT FOR HEALTH POLICY. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(Suppl. 1), S54–S66.
- Wang, X., Liu, H., & Chen, Z. (2023). SOCIAL MEDIA USE AND LONELINESS AMONG POSTPARTUM WOMEN: A CROSS-SECTIONAL STUDY. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3124. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043124>
- World Health Organization. (2022). *WHO RECOMMENDATIONS ON ANTENATAL CARE FOR A POSITIVE PREGNANCY EXPERIENCE*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *TRENDS IN MATERNAL MORTALITY 2000 TO 2020*. WHO.