

Pelayanan Kesehatan Tradisional Berbasis Usada Bali sebagai Upaya Promotif-Preventif di Desa Dangin Tukadaya

¹⁾Ketut Suniartini*, ²⁾Ni Luh Made Noviana Dewi, ³⁾Putut Dewantha Jenar, ⁴⁾I Nyoman Sridana, ⁵⁾Ketut Merdana Sugiarta

^{1,2,3,4,5)}Sarjana Terapan Pengobatan Tradisional Indonesia, Universitas Hindu Indonesia, Denpasar, Bali, Indonesia
Email Corresponding Author: suniartini@unhi.ac.id

INFORMASI ARTIKEL	ABSTRAK
Kata Kunci: Pengabdian Kepada Masyarakat Pelayanan Kesehatan Tradisional Tri Hita Karana Usada Bali	Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia tergolong tinggi, namun tidak selalu diiringi pemahaman masyarakat mengenai indikasi, keamanan, dan batas kewenangan layanan tersebut. Di Desa Dangin Tukadaya, Kabupaten Jembrana, kondisi ini bertemu dengan tingginya keluhan muskuloskeletal akibat kerja fisik harian serta keterbatasan akses terhadap layanan tradisional yang terstandar. Kegiatan ini bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan tradisional yang aman dan terstandar sekaligus meningkatkan literasi masyarakat, dengan menempatkan Usada Bali dan filosofi <i>Tri Hita Karana</i> sebagai kerangka operasional layanan. Kegiatan dilaksanakan pada 31 Mei 2026 di Balai Banjar Dangin Tukadaya melalui metode pelayanan langsung terpadu-edukasi dalam tiga tahap, yaitu persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi. Enam modalitas disediakan secara gratis, yaitu pijat tradisional, akupresur, akupunktur, terapi uap, terapi prana, dan wacak weton, dengan penapisan kontraindikasi dan supervisi berjenjang. Data dikumpulkan melalui buku tamu terpadu yang merekam nama, umur, keluhan, tindakan, dan berat badan, lalu dianalisis secara deskriptif. Kegiatan diikuti 44 peserta dengan rerata usia 54,6 tahun; 95,5% berusia 40 tahun ke atas dan 75,0% membawa sedikitnya satu keluhan muskuloskeletal, terbanyak pada pinggang, punggung, leher, dan bahu (47,7%), dengan rata-rata 1,8 keluhan per peserta. Kombinasi pijat dan terapi uap menjadi layanan terbanyak (52,3%), sementara 18 peserta (40,9%) memiliki penanda kondisi di luar lingkup layanan dan memperoleh anjuran rujukan. Seluruh indikator keberhasilan tercapai tanpa kejadian tidak diinginkan. Disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional berbasis kearifan lokal dapat berfungsi sebagai instrumen promotif-preventif sekaligus titik penapisan awal menuju layanan kesehatan formal, sepanjang diselenggarakan dalam kerangka keilmuan, etika, dan standar kompetensi yang jelas.
Keywords: Community Service Traditional Health Services Usada Bali Tri Hita Karana	ABSTRACT The use of traditional health services in Indonesia is high, yet it is not always accompanied by public understanding of the indications, safety, and scope of such services. In Dangin Tukadaya Village, Jembrana Regency, this coincides with a high prevalence of musculoskeletal complaints caused by daily physical labour and limited access to standardised traditional services. This programme aimed to provide safe and standardised traditional health services while improving community health literacy, positioning Usada Bali and the Tri Hita Karanaphilosophy as the operational framework of care. It was conducted on 31 May 2026 at the Dangin Tukadaya Community Hall using an integrated direct-service and education method across three stages: preparation, implementation, and evaluation. Six modalities were provided free of charge, namely traditional massage, acupressure, acupuncture, steam therapy, prana therapy, and wacak weton, with contraindication screening and tiered supervision. Data were collected through an integrated guest register recording name, age, complaints, treatment, and body weight, then analysed descriptively. The programme involved 44 participants with a mean age of 54.6 years; 95.5% were aged 40 or older and 75.0% presented with at least one musculoskeletal complaint, most frequently in the lower back, upper back, neck, and shoulders (47.7%), averaging 1.8 complaints per participant. Massage combined with steam therapy was the most frequent service (52.3%), while 18 participants (40.9%) presented with markers of conditions beyond the scope of the service and received referral advice. All success indicators were achieved with no adverse events. Traditional health services grounded in local wisdom can therefore function both as a promotive-preventive instrument and as an initial screening point towards formal health care.



I. PENDAHULUAN

Pengobatan tradisional kembali menempati posisi strategis dalam wacana kesehatan global. Melalui *Gujarat Declaration* yang lahir dari *WHO Traditional Medicine Global Summit 2023*, negara-negara anggota menyepakati bahwa integrasi pengobatan tradisional ke dalam sistem kesehatan harus ditopang metode ilmiah yang ketat serta prinsip keselamatan pasien sebagai asas pertama (World Health Organization, 2023), dan komitmen itu dilanjutkan melalui *Global Traditional Medicine Strategy 2025-2034* (WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034, 2025). Di Indonesia, arah yang sama tampak pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menempatkan pelayanan kesehatan tradisional sebagai bagian upaya kesehatan yang manfaat dan keamanannya wajib dapat dipertanggungjawabkan. Pesan yang konsisten dari rangkaian kebijakan tersebut adalah bahwa pengakuan terhadap pengobatan tradisional tidak berarti pelonggaran tuntutan bukti, melainkan justru mengundang tanggung jawab keilmuan yang lebih besar. Kebutuhan masyarakat terhadap layanan ini pun terukur, karena Riset Kesehatan Dasar 2018 mencatat 31,4% rumah tangga di Indonesia memanfaatkannya, naik dari 30,4% pada 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018), dengan pemanfaatan tertinggi pada kelompok usia produktif hingga pralansia (Purwoko et al., 2023). Layanan kesehatan tradisional dengan demikian bukan praktik residual, melainkan komponen aktif perilaku pencarian pengobatan yang perlu dikelola.

Di Bali praktik tersebut berakar pada *Usada Bali*, yakni sistem pengetahuan penyembuhan yang terekam dalam naskah lontar dan diwariskan lintas generasi. Kajian terhadap *Lontar Usada* memperlihatkan bahwa keluhan muskuloskeletal seperti *tuju* atau rematik telah lama ditangani melalui pendekatan yang memadukan ramuan, sentuhan, dan dimensi spiritual (Cahyaningrum & Ardhana, 2022), sementara kajian atas *Lontar Usada Yeh* menunjukkan bahwa konsep penyembuhan Bali tidak memisahkan tindakan teknis dari kerangka nilai yang melingkupinya (Bhandesa. A. M et al., 2022). Keanekaragaman tumbuhan obat yang digunakan masyarakat Bali juga tetap terdokumentasi hingga kini (Andila et al., 2023). Praktik-praktik itu dinaungi filosofi *Tri Hita Karana* yang memandang kesehatan sebagai buah keharmonisan hubungan manusia dengan Tuhan, sesama, dan lingkungan, dan telah memperoleh pengakuan kebijakan melalui Peraturan Gubernur Bali Nomor 55 Tahun 2019 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Bali.

Pada tataran bukti klinis, modalitas berbasis sentuhan telah cukup banyak diteliti. Pemetaan atas 129 tinjauan sistematis terapi pijat untuk nyeri pada orang dewasa menemukan bahwa seluruh simpulan berderajat kepastian sedang mengarah pada asosiasi dengan perbaikan nyeri, meskipun sebagian besar simpulan lain masih berderajat rendah (Mak et al., 2024). Bukti berkualitas sedang juga dilaporkan untuk akupresur pada nyeri punggung bawah (Li et al., 2021) dan akupresur aurikular pada nyeri muskuloskeletal kronis (Lee et al., 2025), mekanismenya mulai dipetakan melalui jalur neuro-endokrin-imun (Yao et al., 2025), dan efek jangka pendek akupunktur terkonfirmasi pada mayoritas kondisi nyeri muskuloskeletal (Ang et al., 2025). Dari sisi pengabdian, pelatihan akupresur mandiri terbukti meningkatkan pengetahuan masyarakat, namun kegiatan sejenis umumnya berbentuk pelatihan klasikal bermodalitas tunggal dan belum menempatkan sistem pengetahuan lokal sebagai kerangka penyelenggaraan, padahal layanan yang mengabaikan sistem nilai setempat cenderung menghadapi resistensi penerimaan (Ahmad et al., 2025).

Dari uraian tersebut teridentifikasi tiga kesenjangan. Pertama, kesenjangan antara bukti dan praktik, karena modalitas sentuhan memiliki dasar ilmiah yang memadai untuk keluhan ringan tetapi penyampaian di tingkat komunitas jarang disertai penjelasan mengenai batas manfaat dan indikasi rujukan. Kedua, kesenjangan geografis, karena kajian bertema kesehatan tradisional di Bali lebih banyak berfokus pada dokumentasi naskah dan tumbuhan obat dan belum menyentuh penyelenggaraan layanan langsung di desa oleh tenaga tersertifikasi akademik. Ketiga, kesenjangan pendekatan, karena kearifan lokal umumnya diposisikan sebagai objek kajian, belum sebagai kerangka operasional layanan. Kegiatan ini menjawab ketiganya dengan menyusun layanan sebagai paket multimodalitas yang dipilah secara sadar menjadi modalitas berbasis bukti dan modalitas berbasis nilai budaya, memfungsikan *Tri Hita Karana* sebagai kerangka operasional yang menstrukturkan tahapan dan relasi kemitraan, serta menjadikan setiap sesi terapi sebagai ruang edukasi personal dan penapisan rujukan. Tujuannya adalah menyediakan pelayanan tradisional yang gratis, aman, dan

sesuai standar kompetensi; meningkatkan literasi masyarakat mengenai indikasi, keamanan, dan batas kewenangan pengobatan tradisional termasuk pengenalan tanda rujukan; serta merintis kerangka penyelenggaraan layanan berbasis *Tri Hita Karana* yang dapat direplikasi.

II. ANALISIS SITUASI DAN PERMASALAHAN MITRA

Mitra kegiatan ini adalah masyarakat Desa Dangin Tukadaya, Kecamatan Jembrana, Kabupaten Jembrana, dengan Balai Banjar Dangin Tukadaya sebagai simpul koordinasi. Desa ini berkarakter agraris pedesaan dan masih memegang teguh nilai adat Bali. Balai banjar berperan sebagai pusat aktivitas sosial-kemasyarakatan sekaligus ruang publik yang paling dikenal dan dipercaya warga, sehingga pemilihannya bukan keputusan teknis semata melainkan keputusan strategis yang belakangan terbukti berpengaruh terhadap komposisi peserta yang berhasil dijangkau. Mitra memiliki dua potensi utama, yaitu penerimaan kultural yang tinggi terhadap praktik penyembuhan tradisional karena *usada* (pengobatan tradisional Bali) masih hidup dalam keseharian masyarakat, dan modal sosial berupa kelembagaan banjar yang mampu memobilisasi partisipasi warga secara cepat; keduanya merupakan prasyarat yang menguntungkan sesuai kajian mengenai pentingnya kesesuaian layanan dengan sistem nilai komunitas tradisional (Ahmad et al., 2025). Identifikasi permasalahan dilakukan melalui observasi lapangan, koordinasi dengan pemerintah desa dan *prajuru adat*, serta diskusi dengan tokoh masyarakat pada tahap pra kegiatan, dan menghasilkan empat permasalahan sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Identifikasi, Akar Penyebab, dan Permasalahan Mitra

No	Permasalahan	Akar penyebab	Dampak bagi mitra
1	Keluhan muskuloskeletal berulang pada punggung, pinggang, bahu, dan tungkai	Pola kerja fisik harian dengan beban dan durasi tinggi tanpa pengaturan istirahat yang memadai	Menurunnya kenyamanan dan produktivitas kerja harian warga
2	Keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan tradisional yang terstandar	Belum tersedianya penyelenggara layanan tradisional bersertifikat di wilayah desa serta pertimbangan biaya	Warga memanfaatkan layanan seadanya tanpa jaminan keamanan prosedur
3	Rendahnya literasi mengenai indikasi, keamanan, dan batas kewenangan pengobatan tradisional	Pengetahuan diwariskan secara lisan tanpa pendampingan sumber yang dapat dipertanggungjawabkan	Risiko penundaan rujukan pada keluhan yang memerlukan penanganan medis
4	Belum terbangunnya alur rujukan antara praktik tradisional dan fasilitas kesehatan formal	Belum adanya kemitraan terstruktur antara pelaku layanan tradisional dan puskesmas setempat	Terputusnya kesinambungan perawatan warga

Sumber: Hasil observasi dan koordinasi pra kegiatan, 2026

Keempat permasalahan tersebut tidak berdiri sendiri melainkan membentuk satu rangkaian sebab-akibat. Beban kerja fisik menimbulkan keluhan, keterbatasan akses mendorong warga mencari penanganan seadanya, rendahnya literasi membuat penanganan seadanya itu tidak disertai kesadaran akan batasnya, dan ketiadaan alur rujukan menyebabkan keluhan yang sesungguhnya memerlukan pemeriksaan medis tidak pernah sampai ke fasilitas kesehatan formal. Prioritas penanganan karena itu ditetapkan berurutan dari permasalahan pertama hingga keempat, dengan catatan bahwa permasalahan keempat bersifat kelembagaan dan tidak mungkin diselesaikan tuntas dalam satu kegiatan berdurasi satu hari.

III. METODE PELAKSANAAN

Kegiatan dilaksanakan pada 31 Mei 2026 di Balai Banjar Dangin Tukadaya dengan metode pelayanan langsung terpadu-edukasi, yang dipilih karena menyatukan kebutuhan terapeutik yang mendesak dan kebutuhan pengetahuan yang selama ini tidak terpenuhi dalam satu momen. Sasaran kegiatan adalah warga desa tanpa pembatasan usia, dengan pengecualian pada kondisi yang merupakan kontraindikasi tindakan. Tahap persiapan meliputi koordinasi dengan pemerintah desa dan prajuru adat untuk menyepakati waktu, lokasi, dan penyebaran informasi melalui jalur banjar; pembentukan panitia melalui Surat Keputusan Dekan Nomor 089/SKP/FKS/UNHI/V/2026; serta penyiapan sarana termasuk jarum akupunktur steril sekali pakai beserta wadah limbah tajam, perangkat terapi uap, matras dan bed terapi, minyak urut, dan perlengkapan

kebersihan tangan. Tahap pelaksanaan dijalankan dengan alur satu pintu, yaitu registrasi, anamnesis dan penapisan kontraindikasi, pengarahan ke pos modalitas yang sesuai, terapi yang disertai edukasi personal, dan penutupan sesi dengan penyampaian anjuran lanjutan. Tahap evaluasi berupa rekapitulasi data segera setelah kegiatan berakhir dan refleksi tim.

Filosofi *Tri Hita Karana* diterapkan sebagai kerangka operasional pada ketiga tahap tersebut. Dimensi *parahyangan* diwujudkan melalui persembahyangan bersama pada pembukaan kegiatan sebagai penanda bahwa layanan penyembuhan dalam tradisi Bali tidak dipisahkan dari dimensi ketuhanan. Dimensi *pawongan* diwujudkan melalui kemitraan setara dengan pemerintah desa dan prajuru adat serta relasi terapeutik yang menempatkan peserta sebagai subjek percakapan, bukan objek tindakan. Dimensi *palemahan* diwujudkan melalui pemilihan balai banjar sebagai ruang kegiatan dan pengelolaan limbah tajam sesuai prosedur keselamatan. Enam modalitas yang disediakan beserta dasar penerapan dan posisi klaim manfaatnya disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Modalitas Layanan, Dasar Penerapan, dan Posisi Klaim Manfaat

No	Modalitas	Dasar penerapan	Posisi klaim manfaat dalam kegiatan
1	Pijat tradisional	Manipulasi jaringan lunak; didukung bukti perbaikan nyeri berderajat sedang (Mak et al., 2024)	Penurunan keluhan jangka pendek dan peningkatan kenyamanan
2	Akupresur	Penekanan manual pada titik akupunktur; bukti berkualitas sedang pada nyeri punggung bawah (Li et al., 2021; Yao et al., 2025)	Penurunan keluhan jangka pendek; dapat diajarkan untuk perawatan mandiri
3	Akupunktur	Stimulasi titik dengan jarum steril sekali pakai; efek jangka pendek positif pada nyeri muskuloskeletal (Ang et al., 2025)	Penurunan keluhan jangka pendek dengan prasyarat prosedur aseptik
4	Terapi uap (steam)	Efek termal terhadap vasodilatasi perifer dan penurunan tonus otot; bukti untuk indikasi spesifik masih terbatas	Relaksasi dan kenyamanan, tanpa klaim terapeutik spesifik
5	Terapi prana	Praktik berbasis sistem nilai budaya dan spiritual masyarakat Bali (Bhandesa et al., 2022)	Penguat dimensi psikososial, bukan intervensi terapeutik
6	Wacak weton	Praktik pembacaan berbasis budaya Bali yang berfungsi sebagai sarana percakapan reflektif	Sarana konseling kultural dan pembuka komunikasi, bukan intervensi terapeutik

Tabel 2 memperlihatkan prinsip yang dipegang dalam kegiatan ini, yaitu bahwa keenam modalitas tidak diperlakukan setara dalam hal klaim manfaat. Tiga modalitas pertama disampaikan sebagai layanan dengan manfaat penurunan keluhan jangka pendek yang memiliki dasar bukti, satu modalitas sebagai layanan kenyamanan, dan dua modalitas terakhir sebagai bagian kearifan lokal yang memperkuat dimensi psikososial. Pemilahan ini menjaga kejujuran ilmiah edukasi tanpa menegasikan nilai budaya yang dihormati masyarakat.

Data dikumpulkan menggunakan tiga instrumen, yaitu buku tamu terpadu yang berfungsi sekaligus sebagai daftar hadir dan catatan layanan dengan kolom nomor urut, nama, alamat, umur, keluhan, tindakan, dan berat badan; lembar observasi pelaksanaan; serta panduan wawancara singkat berisi tiga pertanyaan terbuka mengenai keluhan setelah terapi, pemahaman atas edukasi, dan harapan terhadap kegiatan lanjutan. Analisis dilakukan secara deskriptif menggunakan distribusi frekuensi, persentase, serta rerata dan median. Keluhan dianalisis dalam dua bentuk yang saling melengkapi, yaitu keluhan utama sebagai alasan kedatangan dan frekuensi kategori keluhan atas seluruh keluhan yang disampaikan, karena sebagian besar peserta ternyata membawa lebih dari satu keluhan.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Pelaksanaan Kegiatan

Seluruh tahapan yang dirancang terlaksana sesuai rencana. Kegiatan dibuka pukul 10.00 WITA dengan persembahyangan bersama dan sambutan perwakilan pemerintah desa serta program studi. Registrasi berjalan tertib dengan alur satu pintu sehingga setiap peserta melalui anamnesis dan penapisan kontraindikasi sebelum diarahkan ke pos modalitas yang sesuai, dan terapi diberikan hingga pukul 14.00 WITA dengan supervisi dosen pada setiap pos. Durasi empat jam dengan enam pos paralel menyediakan kapasitas 1.440 menit-pos,

sehingga dengan 44 peserta rata-rata alokasi waktu hanya sekitar 33 menit per peserta apabila setiap peserta melalui satu pos, padahal sebagian besar peserta menerima dua modalitas sekaligus.



Gambar 1. Dokumentasi Pelaksanaan Pelayanan dan Edukasi kepada Peserta

b. Karakteristik Peserta

Kegiatan diikuti oleh 44 peserta yang seluruhnya tercatat pada buku tamu. Rata-rata usia peserta adalah 54,6 tahun dengan median 56 tahun dan rentang 12 sampai 75 tahun. Buku tamu juga merekam berat badan pada 38 dari 44 peserta atau 86,4%, dengan rerata 60,1 kg, median 56,1 kg, dan rentang 37,5 sampai 92,0 kg. Sebaran peserta menurut kelompok usia dan rentang berat badan disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Karakteristik Peserta Menurut Kelompok Usia dan Rentang Berat Badan

No	Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)	Keterangan
	Kelompok usia (n = 44)			
1	Anak dan remaja (< 20 tahun)	2	4,5	Entri dengan pencatatan usia yang perlu diverifikasi
2	Dewasa muda (20–39 tahun)	0	0,0	Tidak ada peserta pada kelompok ini
3	Dewasa madya (40–59 tahun)	25	56,8	Kelompok terbesar; usia produktif akhir
4	Lansia (≥ 60 tahun)	17	38,6	Termasuk 5 peserta berusia ≥ 70 tahun
	Rentang berat badan (n = 38)			
5	< 45,0 kg	6	15,8	Perlu penilaian risiko sarkopenia, terutama pada lansia
6	45,0–59,9 kg	16	42,1	Kelompok terbesar
7	60,0–69,9 kg	7	18,4	Perlu pemantauan bila disertai keluhan aksial
8	$\geq 70,0$ kg	9	23,7	Beban mekanis tambahan pada lumbal, panggul, dan lutut

Tabel 3 memperlihatkan 95,5% peserta berusia 40 tahun ke atas dan tidak seorang pun berada pada kelompok dewasa muda. Pola ini masuk akal secara biologis maupun sosial. Secara biologis, keluhan muskuloskeletal merupakan hasil akumulasi beban mekanis pada jaringan lunak dan sendi selama bertahun-tahun, sehingga manifestasinya baru terasa mengganggu setelah usia pertengahan. Secara sosial, kelompok usia inilah yang paling lama terpapar kerja fisik agraris harian sebagaimana diuraikan pada Tabel 1 dan sekaligus paling akrab dengan sistem pengetahuan usada, sehingga hambatan psikologis untuk datang ke pos layanan tradisional relatif rendah. Kesesuaian ini menegaskan bahwa sasaran kegiatan telah tepat mengenai kelompok yang paling membutuhkan, sejalan dengan profil pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional nasional yang lebih tinggi pada kelompok usia 46-65 tahun (Purwoko et al., 2023).

Keterkaitan antara berat badan dan jenis keluhan tidak dapat diuji secara statistik karena rancangan kegiatan bersifat deskriptif dan buku tamu tidak memungkinkan tabulasi silang antarvariabel. Meskipun demikian arahnya cukup jelas secara logis. Sembilan peserta dengan berat badan 70 kg ke atas menanggung beban aksial yang lebih besar pada segmen lumbal dan sendi penopang berat, sehingga wajar apabila keluhan pinggang dan tungkai lebih menonjol pada kelompok tersebut. Sebaliknya, enam peserta dengan berat badan

di bawah 45 kg yang sebagian besar berusia lanjut berpotensi mengalami penurunan massa otot, sehingga keluhan lemas dan kesulitan berdiri yang mereka sampaikan sebaiknya tidak dianggap sekadar kelelahan biasa. Kedua kelompok tersebut merupakan sasaran yang paling tepat bagi edukasi pengaturan beban kerja dan aktivitas fisik terukur.

c. Profil Keluhan Peserta

Keluhan yang dibawa peserta tidak bersifat tunggal. Dari 44 peserta tercatat 80 keluhan, atau rata-rata 1,8 keluhan per orang, dan sebanyak 31 peserta atau 70,5% menyampaikan lebih dari satu keluhan. Kenyataan ini memiliki konsekuensi metodologis yang penting, karena pelaporan kegiatan pelayanan lazimnya menyajikan satu keluhan utama per peserta, padahal penyajian semacam itu menyembunyikan sebagian besar beban yang sesungguhnya dibawa warga. Karena itu keluhan disajikan dalam dua bentuk yang saling melengkapi pada Tabel 4, yaitu keluhan utama sebagai alasan kedatangan dan frekuensi kategori keluhan sebagai gambaran beban keseluruhan.

Tabel 4. Distribusi Keluhan Utama dan Frekuensi Kategori Keluhan Peserta

No	Keluhan	Jumlah (n)	Persentase (%)	Modalitas dominan
A. Keluhan utama sebagai alasan kedatangan (n = 44)				
1	Nyeri dan pegal aksial (pinggang, punggung, leher, bahu, pinggul)	12	27,3	Pijat dan uap
2	Nyeri dan kelelahan ekstremitas serta sendi	10	22,7	Pijat dan uap
3	Keluhan sistemik dan metabolik (asam urat, tensi tinggi, tiroid, ginjal)	7	15,9	Akupunktur dan uap
4	Sakit kepala dan pusing	5	11,4	Pijat dan uap
5	Kesemutan dan kelemahan bersifat neuropatik	4	9,1	Akupunktur dan uap
6	Keluhan saluran napas (batuk, pilek)	4	9,1	Pijat dan uap
7	Keluhan pencernaan	2	4,5	Pijat dan prana
B. Frekuensi kategori keluhan atas seluruh keluhan yang disampaikan				
1	Muskuloskeletal aksial: pinggang, punggung, leher, bahu, pinggul	21	47,7	—
2	Muskuloskeletal ekstremitas dan sendi: kaki, tangan, kram, ngilu	17	38,6	—
3	Gejala neuropatik: kesemutan, baal, kelemahan tungkai	9	20,5	—
4	Sefalgia dan pusing	9	20,5	—
5	Kardiometabolik dan sistemik: tensi tinggi, asam urat, kolesterol, tiroid, ginjal	7	15,9	—
6	Gangguan saluran cerna	5	11,4	—
7	Gangguan saluran napas	5	11,4	—
8	Riwayat trauma dan pascabedah: bekas fraktur, patah tulang, hernia	3	6,8	—
9	Keluhan indera dan lainnya	3	6,8	—

Kedua bagian tabel tersebut menunjuk ke arah yang sama. Sebanyak 33 dari 44 peserta atau 75,0% membawa sedikitnya satu keluhan muskuloskeletal, dengan keluhan aksial pada 21 peserta atau 47,7% dan keluhan ekstremitas pada 17 peserta atau 38,6%. Sebaran anatomis ini konsisten dengan pola kerja agraris yang menuntut membungkuk berulang, mengangkat beban, berjalan jauh pada medan tidak rata, dan berdiri lama, yaitu aktivitas yang membebani segmen lumbal, otot paravertebral, gelang bahu, dan tungkai bawah. Temuan lapangan dengan demikian mengonfirmasi analisis situasi pada Tabel 1 yang menempatkan keluhan muskuloskeletal sebagai prioritas pertama, sekaligus menjelaskan mengapa modalitas berbasis sentuhan paling banyak diberikan sebagaimana tampak pada Tabel 5. Perlu dicatat bahwa keluhan yang muncul bukan semata nyeri, karena gejala neuropatik berupa kesemutan dan kelemahan tungkai dilaporkan 9 peserta atau 20,5% dan sebagian di antaranya menyertai keluhan metabolik seperti kolesterol tinggi dan asam urat. Kombinasi ini bermakna klinis tersendiri, sebab kesemutan yang menetap dapat merupakan tanda gangguan saraf tepi yang

memerlukan penilaian medis, bukan sekadar keluhan pegal yang cukup ditangani dengan pemijatan, sehingga penapisan dan pemberian anjuran rujukan menjadi bagian tak terpisahkan dari layanan.

d. Modalitas Layanan yang Diberikan

Distribusi modalitas yang benar-benar diberikan kepada peserta disajikan pada Tabel 5. Angka pada tabel tersebut merupakan frekuensi penerapan, bukan jumlah peserta, karena satu peserta umumnya menerima dua modalitas sekaligus.

Tabel 5. Distribusi Modalitas Layanan yang Diberikan kepada Peserta

No	Modalitas	Frekuensi	% dari 44	Catatan penerapan
1	Terapi uap (steam)	32	72,7	Umumnya diberikan sebagai pendamping modalitas utama
2	Pijat tradisional	26	59,1	Modalitas utama pada keluhan muskuloskeletal
3	Akupunktur	4	9,1	Diberikan pada keluhan neuropatik dan sistemik
4	Terapi prana	4	9,1	Pendamping berbasis nilai budaya
5	Wacak weton	4	9,1	Sarana konseling kultural
6	Hipnoterapi	1	2,3	Tidak tercantum pada rancangan Tabel 2
7	Tidak tercatat	8	18,2	Kolom tindakan kosong pada buku tamu

Tabel 5 memperlihatkan bahwa pelayanan dijalankan secara kombinatif. Pasangan pijat dan terapi uap paling sering diberikan, yaitu pada 23 peserta atau 52,3% dari seluruh peserta. Pola ini logis secara fisiologis, karena terapi uap menghasilkan efek termal yang meningkatkan aliran darah perifer dan menurunkan tonus otot sehingga jaringan lebih siap menerima manipulasi manual, sementara pijat memberikan stimulasi mekanoreseptor yang memodulasi transmisi nyeri dan meningkatkan aktivitas parasimpatis (Yao et al., 2025).

e. Penanda Kondisi di Luar Lingkup Layanan dan Alur Rujukan

Temuan yang paling bermakna bagi perintisan alur rujukan diperoleh dari penelusuran seluruh keluhan yang tercatat. Sebagian peserta ternyata membawa kondisi yang berada di luar lingkup keluhan muskuloskeletal ringan dan karena itu tidak dapat diselesaikan oleh modalitas tradisional. Pengelompokan kondisi tersebut beserta tindak lanjut yang diberikan disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6. Penanda Kondisi di Luar Lingkup Layanan dan Tindak Lanjut yang Diberikan

No	Kelompok penanda	Peserta (n)	Tindak lanjut yang diberikan
1	Respirasi persisten: batuk dan pilek yang tidak kunjung sembuh	5	Anjuran pemeriksaan ke puskesmas bila keluhan menetap lebih dari dua minggu
2	Kardio-serebrovaskular: tensi tinggi, riwayat gejala stroke, nyeri dada	4	Anjuran pengukuran tekanan darah rutin dan kontrol ke fasilitas kesehatan; terapi dibatasi pada tindakan tanpa risiko
3	Endokrin dan metabolik: hipertiroid, kolesterol tinggi, asam urat	4	Anjuran pemeriksaan laboratorium dan pengaturan pola makan
4	Struktural dan pascabedah: bekas fraktur, riwayat patah tulang, hernia	3	Area terkait tidak dimanipulasi; anjuran evaluasi ke fasilitas kesehatan
5	Ginjal dan hematologi: gangguan ginjal, kadar Hb rendah	1	Anjuran kontrol medis; modalitas dibatasi pada tindakan nonmanipulatif
6	Gangguan penglihatan: pandangan kabur	1	Anjuran pemeriksaan mata dan penapisan diabetes
	Jumlah peserta unik dengan sedikitnya satu penanda	18	Setara dengan 40,9% dari seluruh peserta

Tabel 6 mengubah pernyataan mengenai rujukan dari klaim normatif menjadi temuan empiris. Sebanyak 18 peserta atau 40,9% datang dengan sedikitnya satu kondisi yang tidak dapat diselesaikan oleh modalitas tradisional, dan seluruhnya memperoleh anjuran rujukan atau pembatasan tindakan. Angka ini menunjukkan bahwa pos layanan tradisional pada praktiknya berfungsi ganda, yaitu sebagai penyedia layanan pereda keluhan sekaligus titik penapisan awal yang mempertemukan warga dengan kebutuhan pemeriksaan formal yang selama ini tertunda. Dengan kata lain, permasalahan ketiga dan keempat pada Tabel 1 berkaitan lebih

erat daripada yang diperkirakan, karena rendahnya literasi bukan hanya menyebabkan pemanfaatan yang keliru tetapi juga menyebabkan sejumlah kondisi kronis tidak pernah sampai ke fasilitas kesehatan formal. Dari sisi keamanan, lembar observasi mencatat penapisan terlaksana pada seluruh peserta tanpa kejadian tidak diinginkan, sejalan dengan pemetaan bukti bahwa efek samping terapi berbasis sentuhan umumnya ringan (Mak et al., 2024). Capaian ini bukan konsekuensi otomatis sifat modalitasnya, melainkan hasil penerapan alur satu pintu; pada peserta dengan riwayat fraktur, hernia pascaoperasi, dan gangguan ginjal, keputusan untuk tidak memanipulasi area tertentu diambil justru karena informasi itu tertangkap pada tahap penapisan.

f. Pembahasan

Ketercapaian tujuan kegiatan dapat ditelusuri secara berurutan dan seluruhnya bersandar pada data yang telah diuraikan. Tujuan pertama tercapai melalui pelayanan kepada 44 peserta dengan penapisan pada seluruh peserta dan nihilnya kejadian tidak diinginkan. Tujuan kedua tercapai melalui edukasi kepada seluruh peserta dan kemampuan mayoritas peserta menyebutkan kembali pesan kunci, terutama mengenai pengaturan istirahat kerja dan pengenalan tanda keluhan yang perlu diperiksa. Tujuan ketiga tercapai melalui keterlaksanaan ketiga dimensi *Tri Hita Karana* dan pemberian anjuran rujukan kepada 18 peserta. Lebih jauh, data buku tamu memberi dasar empiris bagi klaim ketepatan sasaran, karena seluruh peserta kecuali dua entri yang perlu diverifikasi berusia 40 tahun ke atas dan tiga perempuan di antaranya membawa keluhan muskuloskeletal. Kegiatan ini karena itu tidak menjangkau warga secara acak, melainkan menjangkau kelompok dengan beban keluhan tertinggi, dan ketepatan tersebut merupakan hasil dari pemilihan balai banjar sebagai lokasi serta penyebaran informasi melalui jalur adat, yaitu dua keputusan yang dalam kerangka *Tri Hita Karana* termasuk dimensi palemahan dan pawongan. Penerapan filosofi tersebut sebagai kerangka operasional dengan demikian memberikan hasil yang dapat diamati pada tingkat komposisi peserta, bukan sekadar pada tataran nilai, dan inilah yang membedakan penggunaan kearifan lokal sebagai kerangka penyelenggaraan dari penggunaannya sebagai bingkai retorik semata.

Efektivitas metode pelayanan langsung terpadu-edukasi terletak pada penyatuan dua kebutuhan dalam satu momen. Sesi terapi berlangsung personal dan berdurasi cukup, sehingga jauh lebih kondusif bagi percakapan edukatif dibandingkan penyuluhan klasikal. Peserta lebih terbuka bertanya karena pertanyaannya lahir dari pengalaman tubuh yang sedang dirasakan, sehingga edukasi hadir bukan sebagai informasi umum yang abstrak melainkan sebagai penjelasan yang melekat pada keluhan konkret. Kenyataan bahwa 70,5% peserta membawa lebih dari satu keluhan justru memperkuat keunggulan metode ini, karena percakapan yang bergerak dari satu keluhan ke keluhan lain memberi ruang alami bagi terapis untuk menjelaskan keterkaitan antara beban kerja, berat badan, pola istirahat, dan keluhan yang dirasakan.

Secara ilmiah, pilihan modalitas dominan dalam kegiatan ini memiliki dasar yang memadai. Pemetaan sistematis Mak et al. (2024) menunjukkan bahwa seluruh simpulan berderajat kepastian sedang mengenai terapi pijat mengarah pada asosiasi dengan perbaikan nyeri, sementara Li et al. (2021) dan Lee et al. (2025) melaporkan bukti berkualitas sedang untuk akupresur. Kajian mekanistik menjelaskan bahwa pijat titik akupunktur bekerja melalui modulasi interaksi neuro-endokrin-imun yang mencakup stimulasi mekanoreseptor, modulasi transmisi nyeri, dan peningkatan aktivitas parasimpatis (Yao et al., 2025), konsisten dengan pola perbaikan yang dilaporkan peserta berupa berkurangnya rasa pegal dan meningkatnya rasa relaks segera setelah terapi. Pada akupunktur yang diberikan kepada empat peserta, pemetaan bukti Ang et al. (2025) menunjukkan efek jangka pendek yang positif, meskipun tinjauan atas pedoman praktik klinis mengingatkan bahwa mutu metodologis rekomendasi yang beredar masih bervariasi (Ho et al., 2025). Bukti tersebut bersifat jangka pendek dan sebagian besar masih berderajat kepastian rendah, sehingga manfaat yang dikomunikasikan kepada masyarakat diposisikan sebagai penurunan keluhan sementara dan peningkatan kenyamanan, bukan penyembuhan penyakit. Prinsip yang sama diterapkan pada terapi prana dan wacak weton yang belum memiliki dukungan bukti klinis memadai; keduanya tetap dipertahankan karena berperan penting dalam penerimaan kultural layanan (Ahmad et al., 2025) dan sejalan dengan karakter Usada Bali yang tidak memisahkan tindakan penyembuhan dari kerangka nilainya (Bhandesa et al., 2022; Cahyaningrum & Ardhana, 2022), namun diposisikan secara jujur sebagai penguat dimensi psikososial dan bukan intervensi terapeutik.

Proporsi 40,9% peserta dengan penanda kondisi di luar lingkup layanan memberikan pembenaran praktis bagi prinsip proporsionalitas klaim manfaat tersebut. Apabila modalitas tradisional dikomunikasikan sebagai penyembuh, empat dari sepuluh peserta berisiko menunda pemeriksaan yang sesungguhnya mereka perlukan, dan risiko itu terkonsentrasi pada peserta dengan kondisi yang paling berbahaya bila terlambat ditangani seperti tekanan darah tinggi dan riwayat gejala stroke. Sebaliknya, dengan pemosisian yang jujur sebagai layanan

pereda keluhan jangka pendek yang disertai anjuran rujukan, pelayanan tradisional berfungsi sebagai pintu masuk menuju sistem kesehatan formal. Inilah makna operasional dari pernyataan bahwa pengobatan tradisional merupakan pelengkap dan bukan pengganti layanan formal. Dibandingkan kegiatan sebelumnya juga tampak perbedaan orientasi, karena pelatihan akupresur mandiri di Desa Randubener unggul pada kemandirian yang terukur melalui rancangan pra dan pasca uji (Priskila et al., 2026) yang melaporkan kenaikan rerata skor pengetahuan 60 peserta dari 5,4 menjadi 8,9 tetapi terbatas pada satu modalitas tanpa terapi langsung, sementara kegiatan ini menjangkau kebutuhan terapeutik langsung dengan enam modalitas dan 44 peserta tetapi belum menghasilkan kemandirian keterampilan. Kedua pendekatan bersifat saling melengkapi, sehingga model paling ideal adalah menggabungkan pelayanan langsung sebagai pintu masuk dengan pelatihan kader sebagai mekanisme keberlanjutan.

g. Luaran, Capaian Indikator, Kendala, dan Keberlanjutan

Luaran utama kegiatan ini berupa layanan terapi kesehatan tradisional gratis bagi 44 warga dengan penerapan prosedur keamanan, edukasi personal mengenai perawatan mandiri dan pengenalan tanda rujukan, serta artikel ilmiah pada jurnal pengabdian kepada masyarakat. Luaran tambahan berupa rintisan alur rujukan individual yang telah diberikan kepada 18 peserta, model penyelenggaraan layanan tradisional berbasis *Tri Hita Karana* yang dapat direplikasi, serta dokumen laporan dan dokumentasi sebagai bukti pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Capaian terhadap indikator yang ditetapkan sebelum pelaksanaan disajikan pada Tabel 7.

Tabel 7. Indikator dan Capaian Keberhasilan Kegiatan

No	Indikator	Capaian	Status
1	Jumlah warga terlayani (indikator luaran)	44 orang terlayani hingga akhir waktu pelayanan	Tercapai
2	Keterlaksanaan penapisan kontraindikasi (indikator proses)	Penapisan terlaksana pada 100% peserta melalui alur satu pintu	Tercapai
3	Kejadian tidak diinginkan (indikator proses/keamanan)	Nihil kejadian tidak diinginkan selama pelayanan	Tercapai
4	Cakupan edukasi personal (indikator luaran)	Seluruh peserta menerima edukasi pada saat terapi berlangsung	Tercapai
5	Pemahaman pesan kunci edukasi (indikator outcome awal)	Mayoritas peserta mampu menyebutkan kembali minimal satu pesan kunci	Tercapai
6	Keterlaksanaan dimensi Tri Hita Karana (indikator proses)	Ketiga dimensi terlaksana dalam rangkaian kegiatan	Tercapai
7	Pemberian anjuran rujukan (indikator luaran)	18 peserta (40,9%) dengan penanda kondisi di luar lingkup layanan memperoleh anjuran rujukan	Tercapai

Tabel 7 menunjukkan seluruh indikator tercapai, namun capaian tersebut perlu dibaca sesuai batas rancangan evaluasinya. Indikator kelima hanya mengukur kemampuan mengingat pesan kunci segera setelah edukasi sehingga belum dapat ditafsirkan sebagai perubahan pengetahuan yang bertahan maupun perubahan perilaku, dan indikator ketiga hanya mencakup kejadian tidak diinginkan yang teramati selama pelayanan, bukan efek tertunda. Pembatasan tafsir ini penting agar evaluasi tidak menghasilkan simpulan yang melampaui data. Keberhasilan kegiatan ditopang oleh kesiapan dosen berkompetensi lintas modalitas dan mahasiswa yang telah memperoleh pembekalan praktik, legitimasi sosial dari koordinasi awal dengan pemerintah desa dan prajuru adat yang tercermin pada jumlah peserta melampaui perkiraan, dukungan pimpinan fakultas, serta kesesuaian layanan dengan sistem nilai masyarakat.

Tiga kendala teridentifikasi. Pertama, ketidakseimbangan antara durasi pelayanan empat jam dan tingginya minat warga sebagaimana tampak dari perhitungan kapasitas, yang diatasi melalui sistem antrean bernomor, penajaman prioritas terapi pada area keluhan utama, dan pengalihan peserta berkeluhan ringan ke pos berdurasi lebih singkat. Kedua, keterbatasan instrumen pencatatan, karena buku tamu yang berfungsi ganda tidak merekam jenis kelamin, tinggi badan, tekanan darah terukur, maupun skala nyeri, sementara kolom tindakan kosong pada 18,2% entri dan sebagian tulisan tangan sulit dibaca, sehingga analisis menurut jenis kelamin dan penetapan status gizi tidak dapat dilakukan dan besaran perbaikan keluhan tidak dapat dikuantifikasi. Ketiga, tidak adanya pemantauan lanjutan sehingga durasi manfaat tidak diketahui. Ketiga

kendala tersebut menjadi dasar rencana tindak lanjut berupa pelayanan berkala dengan durasi lebih panjang dan pendaftaran terjadwal; penggunaan lembar registrasi dan catatan layanan baku yang memuat identitas, jenis kelamin, tinggi dan berat badan, tekanan darah, keluhan utama beserta keluhan penyerta, modalitas, skala nyeri sebelum dan sesudah terapi, serta status anjuran rujukan; pelatihan akupresur mandiri bagi kader kesehatan desa (Priskila et al., 2026); penyediaan media edukasi cetak dan digital; serta perintisan kemitraan formal dengan puskesmas setempat yang berdasarkan temuan pada Tabel 6 terbukti menyangkut hampir separuh peserta.

V. KESIMPULAN

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat berupa pelayanan kesehatan tradisional berbasis Usada Bali di Desa Dangin Tukadaya, Kecamatan Jembrana, Kabupaten Jembrana, telah terlaksana dengan seluruh indikator keberhasilan tercapai. Kegiatan diikuti oleh 44 peserta dengan rerata usia 54,6 tahun, dan sebanyak 95,5% di antaranya berusia 40 tahun ke atas. Tiga perempuan peserta membawa sedikitnya satu keluhan muskuloskeletal, terbanyak pada pinggang, punggung, leher, dan bahu, dengan rata-rata 1,8 keluhan per peserta. Kombinasi pijat dan terapi uap menjadi layanan yang paling banyak diberikan, yaitu kepada 52,3% peserta. Penapisan kontraindikasi terlaksana pada seluruh peserta tanpa kejadian tidak diinginkan, sementara 18 peserta atau 40,9% yang membawa penanda kondisi di luar lingkup layanan memperoleh anjuran rujukan ke fasilitas kesehatan formal.

Kontribusi utama kegiatan ini terletak pada tiga hal yang saling menopang. Pertama, penempatan filosofi *Tri Hita Karana* sebagai kerangka operasional penyelenggaraan layanan, bukan sekadar bingkai normatif, yang hasilnya terbaca pada ketepatan komposisi peserta yang berhasil dijangkau. Kedua, penerapan prinsip proporsionalitas klaim manfaat yang memilah modalitas berbasis bukti dari modalitas berbasis nilai budaya, sehingga layanan tetap menghormati sistem pengetahuan masyarakat tanpa mengorbankan kejujuran ilmiah. Ketiga, temuan bahwa hampir separuh peserta membawa kondisi di luar lingkup layanan, yang menempatkan pos pelayanan tradisional sebagai titik penapisan awal menuju sistem kesehatan formal. Keterbatasan kegiatan berupa tidak tersedianya pengukuran pra dan pasca, ketiadaan pemantauan lanjutan, serta keterbatasan instrumen pencatatan. Berdasarkan hal tersebut direkomendasikan agar kegiatan serupa diselenggarakan berkala dengan durasi dan kapasitas yang ditingkatkan, dilengkapi lembar registrasi dan catatan layanan baku beserta instrumen evaluasi terukur berupa skala nyeri numerik dan kuesioner pengetahuan pra-pasca, diperkuat melalui pelatihan akupresur mandiri bagi kader kesehatan desa, serta dijalin dalam kemitraan formal dengan puskesmas setempat guna membangun alur rujukan dua arah yang berkesinambungan

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan dan Sains Universitas Hindu Indonesia sebagai institusi pelaksana sekaligus penyandang dana kegiatan melalui Surat Keputusan Dekan Nomor 089/SKP/FKS/UNHI/V/2026, kepada Pemerintah Desa dan prajuru adat Desa Dangin Tukadaya sebagai mitra pengabdian, kepada seluruh dosen dan mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Pengobatan Tradisional Indonesia yang bertugas sebagai tim pelaksana lapangan, serta kepada masyarakat Desa Dangin Tukadaya atas partisipasinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, A. D., Hanita, M., & Nurhasana, R. (2025). Hambatan Sosial Budaya dalam Pelayanan Kesehatan pada Komunitas Tradisional: Studi Literatur. *ETNOREFLIKA: Jurnal Sosial Dan Budaya*, 14(3), 383–400. <https://doi.org/10.33772/etnoreflika.v14i3.3123>
- Andila, P. S., Tirta, I. G., Warseno, T., & Sutomo, S. (2023). Medicinal Plants Diversity Used by Balinese in Buleleng Regency, Bali. *Journal of Tropical Biodiversity and Biotechnology*, 8(1), 73303. <https://doi.org/10.22146/jtbb.73303>
- Ang, L., Song, E., Choi, T.-Y., Jun, J. H., Lee, B., Yim, M. H., Lee, H. W., & Lee, M. S. (2025). Effects of acupuncture on musculoskeletal pain: an evidence map. *Frontiers in Medicine*, 12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1575226>
- Bhandesa, A. M, Wulansari, N, & Susanta., P. , A. , E. (2022). Kajian Nilai dan Konsep Pengobatan Tradisional Pada lontar Usada Yeh. *Jurnal Penelitian Agama Hindu, Jayapangus* .
- Cahyaningrum, P., & Ardhana, K. (2022). Traditional Treatment of Tuju Disease (Rheumatism) in Lontar Usada Based on Bali Local Wisdom. *Journal of Economy Culture and Society*, 0(66), 365–377. <https://doi.org/10.26650/JECS2021-1026805>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Riskesdas 2018 Nasional*.

Lee, T. K. W., Chang, J. R., Hao, D., Fu, S.-N., & Wong, A. Y. L. (2025). The Effectiveness of Auricular Acupressure on Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 31(1), 25–35. <https://doi.org/10.1089/jicm.2023.0630>

Li, T., Li, X., Huang, F., Tian, Q., Fan, Z. Y., & Wu, S. (2021). Clinical Efficacy and Safety of Acupressure on Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021, 1–15. <https://doi.org/10.1155/2021/8862399>

Mak, S., Allen, J., Begashaw, M., Miake-Lye, I., Beroes-Severin, J., De Vries, G., Lawson, E., & Shekelle, P. G. (2024). Use of Massage Therapy for Pain, 2018–2023. *JAMA Network Open*, 7(7), e2422259. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.22259>

Purwoko, S., Khairunnisa, M., Hidayat, T., Susanti, D., Laksono, A. D., & Suharmiati, S. (2023). Promosi Pelayanan Pengobatan Tradisional di Jawa Tengah: Siapakah Sasaran yang Tepat? *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8(1), 54. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.77089>

WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176> (2025).

World Health Organization. (2023). WHO Traditional Medicine Global Summit 2023 meeting report: Gujarat Declaration. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 14(5), 100821. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2023.100821>

Yao, C., Zeng, X., Zhang, S., Xiao, B., Sun, P., Kong, L., Tao, J., & Fang, M. (2025). Acupoint massage: a comprehensive descriptive review of its forms, applications, and underlying mechanisms. *Chinese Medicine*, 20(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s13020-025-01105-1>