PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM PENCEGAHAN DAN DETEKSI DINI PENYAKIT TIDAK MENULAR

A. Machron Chairulfalah[1], Titi Indriyati[2*], Rita Fitriyanti[2], Emah Rohemah[3], Devi Andriani[3],Tantri Wenny Sitanggang[3], Yesni Aristha Kuenine[3], Sallwa Ahmad Thalib[3], Wahyu Putri[3], Riana Az-zahra[3]

[1] *Universitas Falatehan, Serang, Banten, Indonesia*
[2] *Universitas MH Thamrin, Jakarta, Indonesia*
[3] *Universitas Ichsan Satya, Tangerang Selatan, Banten, Indonesia*
**Koresponden penulis : tata.rinjani@gmail.com*

Info Artikel

Diajukan: 30 September 2026
Diterima: 14 Oktober 2026
Diterbitkan: 31 Oktober 2026

Kata Kunci:
penyakit tidak menular; deteksi dini; keluarga; pemberdayaan masyarakat; pendidikan kesehatan; family centered care

Keywords:
non-communicable diseases; early detection; family; community empowerment; health education; family centered care

Abstrak

Penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes melitus, dan obesitas masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang besar, dan keluarga membentuk kebiasaan sehari-hari yang menentukan risiko setiap anggotanya. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan keluarga dalam mencegah serta mendeteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular melalui pendekatan family centered care. Sebanyak 30 orang dewasa dari 12 keluarga di Desa Panagan, Kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi, Jawa Barat mengikuti edukasi kesehatan partisipatif tentang pencegahan dan deteksi dini PTM, praktik pola makan sehat, aktivitas fisik bersama, dan penyusunan komitmen keluarga. Pengetahuan diukur dengan pre-test dan post-test 10 butir dan dianalisis dengan uji t berpasangan. Rerata skor meningkat dari 57,7 menjadi 88,7 ($p < 0,001$; normalized gain 0,73), dan pengetahuan baik naik dari 16,7% menjadi 90,0%. Seluruh 12 keluarga menghasilkan komitmen tertulis untuk hidup sehat. Skor pengetahuan meningkat segera setelah edukasi dan keluarga terlibat dalam penyusunan komitmen. Pemantauan lanjutan diperlukan untuk menilai retensi pengetahuan dan pelaksanaan komitmen; desain tanpa pembanding membatasi interpretasi kausal

Abstract

Non-communicable diseases such as hypertension, diabetes mellitus, and obesity remain a major public health problem, and families shape the daily behaviors that determine individual risk. This community service program aimed to increase family knowledge, awareness, and capacity for preventing and detecting non-communicable disease risk factors early using a family centered care approach. Thirty adults from 12 families in Panagan Village, Cidahu Subdistrict, Sukabumi Regency, West Java, Indonesia took part in participatory health education on prevention and early detection, healthy eating practice, joint physical activity, and family commitment drafting. Knowledge was measured with a 10-item pre-test and post-test and analyzed with a paired t-test. The mean score rose from 57.7 to 88.7 ($p < 0.001$; normalized gain 0.73), and good knowledge increased from 16.7% to 90.0%. All 12 families produced a written health commitment. Knowledge scores increased immediately after education, and families participated in drafting health commitments. Follow-up is required to assess knowledge retention and commitment implementation; the uncontrolled design limits causal interpretation.

PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyebab kematian terbesar di dunia. Pada tahun 2021, PTM menyebabkan lebih dari 43 juta kematian atau sekitar tiga perempat dari seluruh kematian non-pandemi, dan sekitar 18 juta di antaranya terjadi pada orang berusia di bawah 70 tahun, dengan 82% kematian dini tersebut berlangsung di negara berpenghasilan rendah dan menengah (World Health Organization, 2025). Penggunaan tembakau, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol, pola makan tidak sehat, dan polusi udara merupakan faktor risiko utama yang sebagian besar dapat dimodifikasi. Hipertensi menjadi salah satu PTM yang paling sering ditemukan: lebih dari 31% populasi dewasa dunia diperkirakan hidup dengan hipertensi, dengan tingkat kesadaran, pengobatan, dan pengendalian yang lebih rendah di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Mills et al., 2016). Di Indonesia, Survei Kesehatan Indonesia 2023 mencatat prevalensi hipertensi sebesar 30,8% pada penduduk usia 18 tahun ke atas berdasarkan pengukuran tekanan darah dan prevalensi diabetes sebesar 11,7% berdasarkan pemeriksaan kadar gula darah, sementara perilaku mencari pengobatan pada kedua penyakit tersebut dinilai masih belum memadai (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2024).

Sebagian besar faktor risiko PTM berakar pada kebiasaan sehari-hari. Kajian tentang strategi pencegahan PTM menyimpulkan bahwa strategi yang paling efektif adalah yang mendorong perubahan gaya hidup, meliputi pola makan, aktivitas fisik, berhenti merokok, dan pengendalian gangguan metabolik (Budreviciute et al., 2020). Secara global, sekitar 27,5% orang dewasa tidak cukup aktif secara fisik (Guthold et al., 2018), sedangkan hipertensi pada orang dewasa Indonesia berkaitan dengan bertambahnya usia dan faktor sosial ekonomi (Peltzer & Pengpid, 2018). Dalam situasi ini, pengetahuan dan literasi kesehatan menjadi prasyarat penting agar masyarakat mampu mengenali risiko dan mengambil keputusan yang tepat, sebab literasi kesehatan yang rendah berhubungan dengan hasil kesehatan yang lebih buruk (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Keluarga merupakan lingkungan terdekat tempat perilaku kesehatan dipelajari, dipertahankan, atau diubah. Pilihan makanan, kebiasaan bergerak, paparan asap rokok, hingga keputusan untuk memeriksakan diri sebagian besar ditentukan di dalam rumah tangga. Pendekatan Family Centered Care (FCC) menempatkan keluarga sebagai mitra aktif dalam pemeliharaan kesehatan, bukan sekadar penerima informasi. Tinjauan terhadap berbagai model FCC menunjukkan bahwa tujuan yang konsisten pada model-model tersebut adalah menyusun rencana asuhan dalam konteks keluarga, dengan komponen kunci berupa kolaborasi antara anggota keluarga dan tenaga kesehatan, pertimbangan terhadap konteks keluarga, serta edukasi bagi pasien maupun keluarga (Kokorelias et al., 2019). Studi pada hipertensi menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam edukasi berdampak positif pada pengelolaan penyakit (Maslakpak et al., 2018) dan bahwa pelatihan

pendamping keluarga dengan dukungan sosial berkaitan dengan perubahan tekanan darah dan kadar lipid lansia berisiko hipertensi di komunitas perdesaan (Boonyathee et al., 2021). Meskipun demikian, sebagian besar bukti berasal dari populasi pasien, sedangkan penerapan FCC untuk pencegahan dan deteksi dini pada keluarga di komunitas perdesaan Indonesia masih jarang dilaporkan.

Mitra kegiatan adalah warga Desa Panagan, Kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi, Jawa Barat. Berdasarkan komunikasi dan pengamatan awal, tim mengidentifikasi kebiasaan kurang aktivitas fisik, pola makan yang kurang sehat, serta pemeriksaan kesehatan berkala yang belum menjadi kebiasaan keluarga. Kondisi tersebut menunjukkan kebutuhan edukasi yang menghubungkan pengenalan faktor risiko dengan dukungan antaranggota keluarga dan pemanfaatan layanan kesehatan primer. Karakteristik 30 peserta dari 12 keluarga memperlihatkan bahwa 86,7% berusia 35 tahun ke atas dan 63,3% berpendidikan sampai sekolah menengah pertama.

Tujuan kegiatan adalah meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan keluarga dalam mencegah serta mendeteksi dini faktor risiko PTM melalui pendekatan FCC. Secara khusus, kegiatan bertujuan meningkatkan pemahaman keluarga tentang PTM dan faktor risikonya, meningkatkan pemahaman keluarga tentang pentingnya deteksi dini dan pemeriksaan kesehatan berkala, mendorong penerapan perilaku hidup sehat, melibatkan keluarga dalam pemantauan kesehatan, serta membentuk komitmen keluarga dalam pencegahan PTM. Kegiatan ini juga menjadi sarana pembelajaran berbasis pengalaman bagi mahasiswa melalui keterlibatan langsung di masyarakat.

METODE

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini menggunakan pendekatan edukatif, partisipatif, dan FCC dengan desain pra-pasca satu kelompok (one-group pretest–posttest) untuk menilai perubahan pengetahuan. Mitra kegiatan adalah warga Desa Panagan, Kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi, Jawa Barat. Sasaran berjumlah 30 orang dewasa dari 12 keluarga yang bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan, dengan minimal dua anggota dari setiap keluarga. Kegiatan dilaksanakan pada tahun 2026 oleh tim yang terdiri atas empat dosen dari tiga perguruan tinggi dan enam mahasiswa. Peserta menyatakan persetujuan secara lisan setelah memperoleh penjelasan.

Pelaksanaan kegiatan terdiri atas empat tahap. Pada tahap persiapan, tim berkoordinasi untuk membagi tugas dan menentukan waktu, tempat, serta kebutuhan alat, mengidentifikasi kebutuhan keluarga melalui komunikasi dan pengamatan awal, menyusun modul dan leaflet edukasi, serta menyiapkan perlengkapan kegiatan. Tahap pelaksanaan diawali dengan pembukaan dan pengenalan program, pengisian pre-test, dan edukasi interaktif tentang pengertian dan jenis PTM, faktor risiko, pencegahan, pola makan sehat, aktivitas fisik, pengendalian berat badan, serta pentingnya deteksi dini dan

pemeriksaan kesehatan berkala. Rangkaian dilanjutkan dengan praktik pola hidup sehat, aktivitas fisik bersama keluarga, pengisian post-test, dan penyusunan komitmen keluarga. Pada tahap partisipasi mitra, keluarga terlibat aktif sejak identifikasi kebutuhan hingga penyusunan komitmen, dan pada tahap evaluasi tim membandingkan hasil pre-test dan post-test, keikutsertaan peserta, serta komitmen yang dihasilkan keluarga.

Pengetahuan diukur dengan kuesioner 10 butir benar–salah yang disusun tim berdasarkan materi edukasi dan mencakup lima domain dengan masing-masing dua butir, yaitu pengertian dan jenis PTM, faktor risiko, pola makan sehat, aktivitas fisik dan berat badan, serta deteksi dini dan pemeriksaan berkala. Skor dihitung sebagai persentase jawaban benar (0–100) dan dikategorikan baik (76–100), cukup (56–75), dan kurang (<56). Data dianalisis secara deskriptif. Kenormalan selisih skor diuji dengan Shapiro–Wilk, perbedaan skor pre-test dan post-test diuji dengan uji t berpasangan (uji Wilcoxon sebagai pendukung), besar efek dinyatakan dengan Cohen's d, dan peningkatan relatif dinyatakan dengan normalized gain. Nilai $p < 0,05$ dianggap bermakna.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan diikuti oleh 30 peserta dari 12 keluarga di Desa Panagan dengan tingkat kehadiran 100% pada seluruh rangkaian kegiatan, yaitu *pre-test*, edukasi, praktik pola hidup sehat, aktivitas fisik bersama, *post-test*, dan penyusunan komitmen keluarga. Setiap keluarga diwakili dua sampai tiga anggota sehingga diskusi dapat berlangsung dalam unit keluarga, tidak hanya antarindividu. Karakteristik peserta disajikan pada Tabel 1.

Peserta memiliki rerata usia 45,7 tahun (SB 10,0; rentang 24–67 tahun), dengan 86,7% berusia 35 tahun ke atas. Sebagian besar berpendidikan sampai sekolah menengah pertama (63,3%) dan bekerja sebagai ibu rumah tangga atau petani/buruh (70,0%). Karakteristik tersebut relevan karena hipertensi pada orang dewasa Indonesia berkaitan dengan usia dan faktor sosial ekonomi (Peltzer & Pengpid, 2018), sementara ketimpangan sosial ekonomi turut memperberat beban PTM (Niessen et al., 2018). Tingkat pendidikan peserta menjadi pertimbangan dalam penggunaan bahasa sederhana, media visual, dan contoh sehari-hari, sejalan dengan hubungan antara literasi kesehatan dan hasil kesehatan (Nutbeam & Lloyd, 2021). Pada tabel 1 juga mencatat tujuh perokok aktif (23,3%).

Tabel 1. Karakteristik peserta kegiatan (n = 30)

Karakteristik	n	%
Usia (tahun); rerata ± SB = 45,7 ± 10,0		
<35	4	13,3
35–49	18	60,0
≥50	8	26,7
Pendidikan terakhir		
SD	5	16,7
SMP	14	46,7
SMA	10	33,3
Perguruan tinggi	1	3,3
Pekerjaan		
Ibu rumah tangga	11	36,7
Petani/buruh	10	33,3
Wiraswasta	6	20,0
Lainnya	3	10,0
Perokok aktif	7	23,3

Evaluasi pengetahuan menunjukkan peningkatan yang bermakna (Tabel 2). Rerata skor naik dari 57,7 menjadi 88,7 atau bertambah 31,0 poin (SB 15,6), dan perbedaan tersebut signifikan pada uji t berpasangan [$t(29) = 10,87$; $p < 0,001$] setelah selisih skor terbukti berdistribusi normal (Shapiro–Wilk, $p = 0,093$). Uji Wilcoxon sebagai analisis pendukung memberikan kesimpulan yang sama ($p < 0,001$). Sebanyak 28 dari 30 peserta (93,3%) mengalami peningkatan skor, dua peserta (6,7%) memiliki skor tetap, dan tidak ada peserta yang skornya menurun. Besar efek tergolong sangat besar (*Cohen's d* = 1,99) dan *normalized gain* sebesar 0,73 termasuk kategori tinggi. Pergeseran kategori juga jelas: proporsi peserta berpengetahuan baik meningkat dari 16,7% menjadi 90,0%, sedangkan kategori kurang, yang semula mencakup hampir separuh peserta (46,7%), tidak lagi ditemukan setelah edukasi.

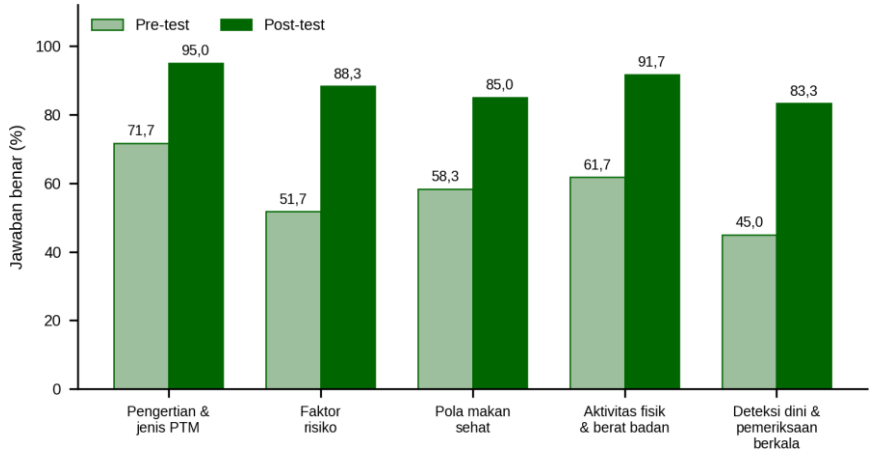
Tabel 2. Skor pengetahuan peserta sebelum dan sesudah edukasi (n = 30)

Indikator	*Pre-test*	*Post-test*	Nilai p
Skor pengetahuan, rerata ± SB	57,7 ± 15,9	88,7 ± 10,1	<0,001*
Rentang skor	30–90	70–100	–
Kategori baik (76–100), n (%)	5 (16,7)	27 (90,0)	
Kategori cukup (56–75), n (%)	11 (36,7)	3 (10,0)	
Kategori kurang (<56), n (%)	14 (46,7)	0 (0,0)	

Besarnya peningkatan berbeda menurut skor awal. Peserta dengan pengetahuan kategori kurang pada *pre-test* (n = 14) mengalami kenaikan rerata 40,7 poin (SB 13,3), peserta kategori cukup (n = 11) naik 28,2 poin (SB 8,7), dan peserta kategori baik (n = 5) naik 10,0 poin (SB 10,0). Dua peserta yang skornya tidak berubah (90 dan 80) sudah berada pada kategori baik sejak awal sehingga ruang peningkatannya terbatas (*ceiling effect*). Pola ini menguntungkan dari sisi kesetaraan karena kelompok yang paling membutuhkan informasi memperoleh manfaat terbesar. Peserta berpendidikan sampai SMP memiliki skor awal lebih rendah (54,7) daripada peserta

berpendidikan SMA atau lebih tinggi (62,7), tetapi skor akhir kedua kelompok hampir sama (88,9 dan 88,2), dan perbedaan besar kenaikannya tidak bermakna secara statistik (uji Mann–Whitney, p = 0,21). Temuan ini mendukung gagasan bahwa edukasi interaktif berbasis contoh sehari-hari dapat dipahami lintas tingkat pendidikan, meskipun jumlah peserta yang kecil pada tiap subkelompok membuat perbandingan ini hanya bersifat eksploratif.

Peningkatan terjadi pada seluruh domain pengetahuan (Gambar 1). Domain deteksi dini dan pemeriksaan berkala memiliki capaian awal terendah (45,0% jawaban benar) tetapi mengalami peningkatan terbesar, yaitu 38,3 poin persentase menjadi 83,3%, diikuti domain faktor risiko yang naik 36,6 poin dari 51,7% menjadi 88,3%. Domain pola makan sehat naik dari 58,3% menjadi 85,0%, domain aktivitas fisik dan berat badan dari 61,7% menjadi 91,7%, dan domain pengertian serta jenis PTM, yang paling dikenal sejak awal, dari 71,7% menjadi 95,0%. Pola ini masuk akal: konsep dasar tentang PTM umumnya sudah pernah didengar warga, sedangkan gagasan bahwa risiko PTM dapat dikenali sebelum muncul gejala melalui pemeriksaan berkala merupakan konsep yang lebih baru dan memerlukan penjelasan berulang serta contoh yang dekat dengan kehidupan sehari-hari. Butir tentang pemeriksaan berkala memiliki jawaban benar paling rendah pada *pre-test* (36,7%) dan meningkat menjadi 83,3%. Namun, domain ini tetap menjadi domain dengan capaian akhir terendah sehingga memerlukan penguatan berkelanjutan.



Gambar 1. Persentase jawaban benar pre-test dan post-test menurut domain pengetahuan (n = 30)

Arah peningkatan ini konsisten dengan kegiatan edukasi PTM lain di Indonesia. Fahdhienie et al. (2024), yang mengedukasi 25 ibu rumah tangga dan remaja putri dengan kuesioner delapan butir, melaporkan bahwa seluruh peserta mengalami kenaikan skor dengan rerata kenaikan 3,92 poin. Perbedaan instrumen dan karakteristik peserta membuat besaran kenaikan tidak dapat dibandingkan langsung, tetapi kedua kegiatan menunjukkan bahwa edukasi interaktif yang singkat diikuti oleh peningkatan skor pengetahuan

segera setelah kegiatan. Nilai tambah pendekatan keluarga terletak pada mekanisme yang bekerja setelah sesi edukasi berakhir. Kokorelias et al. (2019) menggambarkan bahwa model FCC menekankan kolaborasi antara anggota keluarga dan tenaga kesehatan, pertimbangan konteks keluarga, dan edukasi bagi keluarga. Dalam kegiatan ini, komponen tersebut diwujudkan melalui diskusi dua arah, keterlibatan anggota keluarga dalam sesi edukasi, dan penyusunan komitmen bersama, sehingga informasi tidak berhenti pada individu yang hadir, tetapi dibahas dan dinegosiasikan di dalam keluarga. Studi lain mengarah pada manfaat serupa: keterlibatan keluarga dalam edukasi pasien berdampak positif pada pengelolaan hipertensi (Maslakpak et al., 2018), dan pelatihan pendamping keluarga dengan dukungan sosial berkaitan dengan perubahan tekanan darah dan kadar lipid pada lansia berisiko hipertensi (Boonyathee et al., 2021). Perlu dicatat bahwa sebagian besar bukti tersebut berasal dari populasi pasien atau lansia dengan hipertensi, sedangkan kegiatan ini menyasar anggota keluarga dewasa di komunitas, sehingga perbandingan bersifat indikatif.

Penerapan prinsip FCC pada setiap tahap memberi struktur yang membedakan kegiatan ini dari penyuluhan satu arah. Pada tahap identifikasi kebutuhan, keluarga diminta menyampaikan kebiasaan makan, aktivitas, dan riwayat kesehatannya sehingga materi dapat disesuaikan dengan konteks mereka. Pada tahap edukasi, keluarga didorong bertanya dan menceritakan pengalaman, sementara dosen dan mahasiswa memosisikan diri sebagai pendamping yang menjelaskan dan tidak menghakimi kebiasaan yang ada. Pada tahap praktik, latihan memilih makanan dan aktivitas fisik dilakukan bersama anggota keluarga sehingga keluarga memahami perilaku yang perlu diubah dan cara melakukannya. Pada tahap akhir, keluarga menentukan sendiri komitmen yang paling mungkin dijalankan. Dengan alur ini, keluarga berperan sebagai pengambil keputusan bersama tenaga kesehatan, yang merupakan inti dari pendekatan FCC.

Praktik pola hidup sehat dan aktivitas fisik bersama memberikan kesempatan untuk menerapkan materi edukasi selama sesi kegiatan. Sebanyak 29 dari 30 peserta (96,7%) mengikuti sesi aktivitas fisik bersama keluarga, dan satu peserta memilih hanya mengamati karena keluhan lutut. Praktik memilih makanan yang lebih sehat dan kesepakatan mengurangi gula, garam, dan lemak dilakukan dalam kelompok keluarga sehingga anggota yang memasak dan yang makan terlibat dalam pembahasan yang sama. Hal ini penting karena secara global sekitar 27,5% orang dewasa tidak cukup aktif secara fisik (Guthold et al., 2018), dan perilaku tersebut sulit diubah individu seorang diri bila lingkungan rumah tidak mendukung. Bentuk aktivitas yang dipilih sengaja sederhana, seperti senam ringan, dan tidak memerlukan alat sehingga mudah diulang di rumah tanpa biaya. Keluarga yang menjalani aktivitas bersama juga memperoleh pengalaman langsung bahwa anggota keluarga lain, termasuk yang berusia lebih tua atau berat badan lebih, mampu mengikutinya.

Seluruh 12 keluarga menghasilkan dokumen komitmen tertulis (Tabel 3). Komitmen yang paling banyak dipilih adalah mengurangi konsumsi gula, garam, dan lemak (100%) serta meningkatkan aktivitas fisik (91,7%), yaitu perilaku yang paling mudah dikendalikan di dalam rumah tangga. Sepuluh keluarga (83,3%) berkomitmen memeriksa tekanan darah atau berat badan secara berkala dan delapan keluarga (66,7%) berkomitmen menjaga atau menurunkan berat badan. Seluruh enam keluarga yang memiliki anggota perokok berkomitmen tidak merokok di dalam rumah, sedangkan berhenti merokok sepenuhnya belum menjadi komitmen yang dipilih, yang menunjukkan bahwa perubahan perilaku ini membutuhkan pendampingan yang lebih panjang. Komitmen disusun berdasarkan kondisi dan kemampuan masing-masing keluarga sehingga realistis dan mudah dipantau oleh anggota keluarga lain. Meskipun demikian, komitmen merupakan niat dan bukan perilaku, dan pelaksanaannya belum diverifikasi dalam kegiatan ini.

Tabel 3. Komitmen yang disusun oleh keluarga

Komitmen keluarga	n keluarga	%
Mengurangi konsumsi gula, garam, dan lemak	12	100,0
Meningkatkan aktivitas fisik secara teratur	11	91,7
Memeriksa tekanan darah/berat badan secara berkala	10	83,3
Menjaga atau menurunkan berat badan	8	66,7
Tidak merokok di dalam rumah†	6	100,0

†Persentase dihitung dari enam keluarga yang memiliki anggota perokok.

Bila dikaitkan dengan tujuan khusus kegiatan, capaian terutama terlihat pada pengetahuan, partisipasi selama sesi, dan penyusunan komitmen. Pemahaman tentang PTM dan faktor risikonya meningkat pada seluruh domain, misalnya faktor risiko dari 51,7% menjadi 88,3% jawaban benar. Pemahaman tentang pentingnya deteksi dini dan pemeriksaan berkala meningkat dari 45,0% menjadi 83,3% jawaban benar. Partisipasi dalam praktik perilaku sehat selama kegiatan ditunjukkan oleh partisipasi 96,7% peserta dalam aktivitas fisik dan dari isi komitmen keluarga, keterlibatan keluarga tampak dari kehadiran penuh dan keikutsertaan dua sampai tiga anggota per keluarga, dan pembentukan komitmen tercapai pada 12 dari 12 keluarga. Luaran berupa modul edukasi, leaflet, komitmen keluarga, serta dokumentasi kegiatan telah tersedia. Capaian yang masih perlu dibuktikan adalah keberlanjutan perilaku hidup sehat setelah kegiatan berakhir, yang hanya dapat dinilai melalui pemantauan lanjutan.

Hasil kegiatan perlu dibaca dengan mempertimbangkan sejumlah keterbatasan. Desain pra-pasca tanpa kelompok pembanding tidak dapat memisahkan pengaruh edukasi dari efek pengulangan kuesioner, jeda yang singkat antara *pre-test* dan *post-test* membuat retensi jangka panjang belum diketahui, dan peningkatan pengetahuan belum tentu diikuti perubahan perilaku. Jumlah peserta yang kecil dan pemilihan peserta yang tidak acak membatasi generalisasi, dan kuesioner belum melalui uji validitas dan reliabilitas formal. Selain itu, masih sedikit studi yang mengevaluasi dampak model FCC terhadap hasil kesehatan (Kokorelias et al., 2019), sehingga

pengujian pada keluarga di komunitas dengan tindak lanjut yang lebih panjang tetap diperlukan. Data dikumpulkan oleh tim pelaksana sehingga kemungkinan bias pengukuran dan bias pengamat tidak dapat sepenuhnya disingkirkan.

Keberlanjutan kegiatan didukung dengan meninggalkan modul dan leaflet sebagai pengingat serta menganjurkan keluarga memanfaatkan layanan Puskesmas. Sebagai tindak lanjut yang diusulkan, kader dapat meninjau lembar komitmen keluarga pada agenda Posbindu PTM atau posyandu bulanan, sesuai ketersediaan layanan dan kesepakatan dengan pengelola setempat. Pemantauan dapat mencatat jenis komitmen, pelaksanaan yang dilaporkan keluarga, frekuensi aktivitas, hambatan, serta dukungan yang diperlukan. Catatan keluarga perlu dibedakan dari hasil pengukuran atau pemeriksaan tenaga kesehatan; kader berperan memfasilitasi pencatatan dan menghubungkan keluarga dengan layanan, bukan menetapkan diagnosis. Hasil pemantauan dapat digunakan untuk memberikan umpan balik dan menyesuaikan komitmen secara bertahap. Rencana ini dapat dipadukan dengan pesan CERDIK, yaitu cek kesehatan berkala, enyahkan asap rokok, rajin aktivitas fisik, diet seimbang, istirahat cukup, dan kelola stres. Pelaksanaan serta hasil pemantauan bulanan belum dievaluasi dalam kegiatan ini.

Bagi keperawatan keluarga dan komunitas, kegiatan ini memberi gambaran tentang peran perawat sebagai pemberi edukasi, penghubung ke layanan primer, dan pendamping keluarga dalam menjaga perubahan perilaku. Kombinasi ketiga peran tersebut dapat dijalankan dengan sumber daya yang relatif sederhana, yaitu modul dan media edukasi cetak, sehingga layak diadopsi oleh Puskesmas maupun kader kesehatan. Prinsip kolaborasi dan edukasi bagi keluarga yang menjadi komponen inti FCC (Kokorelias et al., 2019) juga dapat dimasukkan ke dalam kunjungan rumah dan kegiatan Posbindu agar keluarga tidak hanya hadir sebagai pengantar, tetapi sebagai mitra dalam pemantauan kesehatan.

SIMPULAN

Setelah kegiatan edukasi partisipatif dengan pendekatan Family Centered Care, skor pengetahuan peserta tentang pencegahan dan deteksi dini PTM meningkat dari rerata 57,7 menjadi 88,7 ($p < 0,001$; normalized gain 0,73). Proporsi peserta dengan pengetahuan baik meningkat dari 16,7% menjadi 90,0%, dan seluruh 12 keluarga menghasilkan komitmen tertulis untuk menerapkan perilaku hidup sehat. Temuan tersebut menunjukkan peningkatan pengetahuan segera setelah edukasi dan keterlibatan keluarga dalam kegiatan. Desain tanpa kelompok pembanding serta belum adanya pemantauan lanjutan membatasi kesimpulan mengenai hubungan sebab akibat, retensi pengetahuan, dan perubahan perilaku di rumah.

Peningkatan pengetahuan ini perlu diikuti perubahan perilaku yang terpantau. Disarankan agar kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan ulang untuk menilai pelaksanaan komitmen dan perubahan perilaku keluarga, diintegrasikan dengan Posbindu PTM dan layanan Puskesmas, dan dievaluasi

dengan desain yang memiliki kelompok pembanding serta masa tindak lanjut yang lebih panjang.



Gambar 2. Dokumentasi peserta kegiatan pengabdian kepada masyarakat

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Faletehan Serang, Universitas MH Thamrin Jakarta yang telah berkolaborasi dalam kegiatan PkM serta Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Ichsan Satya atas dukungan pendanaan internal dan fasilitasi kegiatan, kepada pemerintah desa dan seluruh keluarga peserta yang telah berpartisipasi aktif, serta kepada seluruh pihak yang membantu pelaksanaan kegiatan.

DAFTAR RUJUKAN

Boonyathee, S., Seangpraw, K., Ong-Artborirak, P., Auttama, N., Tonchoy, P., Kantow, S., Bootsikeaw, S., Choowanthanapakorn, M., Panta, P., & Dokpuang, D. (2021). Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a northern Thai community. *PLOS ONE, 16*(11), e0259697. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259697

Budreviciute, A., Damiati, S., Sabir, D. K., Onder, K., Schuller-Goetzburg, P., Plakys, G., Katileviciute, A., Khoja, S., & Kodzius, R. (2020). Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Frontiers in Public Health, 8*, 574111. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111

Fahdhienie, F., Savitri, H., & Darwis, A. (2024). Edukasi pencegahan penyakit menular dan tidak menular pada masyarakat di Kabupaten Aceh Besar.

Jurnal Surya Masyarakat, *7*(1), 53–59. https://doi.org/10.26714/jsm.7.1.2024.53-59

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health,* *6*(10), e1077–e1086. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Prevalensi, dampak, serta upaya pengendalian hipertensi dan diabetes di Indonesia: Hasil Survei Kesehatan Indonesia 2023* [Lembar fakta]. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/5536/

Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research,* *19*(1), 564. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5

Maslakpak, M. H., Rezaei, B., & Parizad, N. (2018). Does family involvement in patient education improve hypertension management? A single-blind randomized, parallel group, controlled trial. *Cogent Medicine,* *5*(1), 1537063. https://doi.org/10.1080/2331205X.2018.1537063

Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., Chen, J., & He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation,* *134*(6), 441–450. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912

Niessen, L. W., Mohan, D., Akuoku, J. K., Mirelman, A. J., Ahmed, S., Koehlmoos, T. P., Trujillo, A., Khan, J., & Peters, D. H. (2018). Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *The Lancet,* *391*(10134), 2036–2046. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health,* *42*, 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Peltzer, K., & Pengpid, S. (2018). The prevalence and social determinants of hypertension among adults in Indonesia: A cross-sectional population-based national survey. *International Journal of Hypertension, 2018*, 5610725. https://doi.org/10.1155/2018/5610725

World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases* [Lembar fakta]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases