

Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam Lingkungan Keluarga

Sari Rahayu Rahman^{1*}, Syamsiara Nur², Nursyamsi SY³, Hikmawaty⁴, Muhammad Aslam⁵

^{1,2,3,5}Program Studi Pendidikan Biologi, Universitas Sulawesi Barat, Indonesia

⁴Program Studi Peternakan, Universitas Sulawesi Barat, Indonesia

e-mail : sarirahayu@unsulbar.ac.id

INFO ARTIKEL	ABSTRAK
Article history: Diterima: 17 September 2026 Direvisi: 29 September 2026 Disetujui: 30 September 2026 Available online DOI: 10.31605/sipakaraya.v5i1.7115 How to cite (APA): Rahman, S. R., Nur, S., SY, N., Hikmawaty, H., & Aslam, M. (2026). Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam Lingkungan Keluarga. <i>Sipakaraya : Jurnal Pengabdian Masyarakat</i>, 5(1), 258–269. ISSN 2963-3885  This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License	Abstrak Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan program promosi kesehatan nasional di Indonesia yang mendorong rumah tangga untuk menerapkan praktik kebersihan dan pencegahan penyakit. Ibu rumah tangga yang juga menjalankan usaha pengolahan ikan berbasis rumah memiliki peran penting dalam kebersihan keluarga dan keamanan pangan, tetapi pengetahuan dan praktik PHBS mereka masih terbatas. Kegiatan pengabdian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan PHBS dan melakukan skrining faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) pada 30 perempuan anggota kelompok pengolahan ikan di Kabupaten Majene, Sulawesi Barat. Kegiatan memadukan edukasi kesehatan partisipatif dengan skrining kesehatan sederhana dan dilaksanakan melalui tahap persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pengetahuan diukur dengan desain one-group pretest–posttest menggunakan tes pilihan ganda 20 soal dan dianalisis dengan normalized gain (N-Gain). Kepuasan diukur dengan angket skala Likert lima tingkat. Rata-rata nilai pengetahuan meningkat dari 50,67 menjadi 92,00, dengan rata-rata N-Gain 0,83 (kategori tinggi), dan indeks kepuasan mencapai 96,8% (kategori sangat tinggi). Namun, hasil skrining menunjukkan tingginya proporsi peserta dengan faktor risiko PTM: 86,7% memiliki tekanan darah pada kategori hipertensi, 76,7% memiliki kolesterol total ≥ 200 mg/dL, 30,0% memiliki asam urat ≥ 7 mg/dL, dan 23,3% memiliki gula darah sewaktu ≥ 140 mg/dL. Temuan ini menunjukkan bahwa edukasi partisipatif efektif meningkatkan pengetahuan jangka pendek, sedangkan penurunan risiko PTM memerlukan pendampingan berkelanjutan, pembentukan kader kesehatan komunitas, dan kolaborasi dengan layanan kesehatan primer setempat. Kata kunci: Edukasi Kesehatan Masyarakat, Perilaku Higiene, Penyakit Tidak Menular, Skrining Kesehatan, Perempuan Pengolah Ikan. Abstract <i>Clean and Healthy Living Behavior (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, PHBS) is a national health promotion program in Indonesia that encourages households to adopt hygienic and preventive health practices. Housewives who also run home-based fish processing businesses play a key role in family and food hygiene, yet their PHBS knowledge and practice often remain limited. This community service program aimed to improve PHBS knowledge and to screen for risk factors of non-communicable diseases (NCDs) among 30 women in a fish processing group in Majene Regency, West Sulawesi, Indonesia. The program combined participatory health education with simple health screening and was</i>

carried out in three stages: preparation, implementation, and evaluation. Knowledge was assessed using a one-group pretest–posttest design with a 20-item multiple-choice test and analyzed using normalized gain (N-Gain). Satisfaction was assessed using a five-point Likert-scale questionnaire. The mean knowledge score increased from 50.67 to 92.00, with a mean N-Gain of 0.83 (high category), and the satisfaction index reached 96.8% (very high category). However, the screening results showed a high proportion of participants with NCD risk factors: 86.7% had blood pressure in the hypertension range, 76.7% had total cholesterol ≥ 200 mg/dL, 30.0% had uric acid ≥ 7 mg/dL, and 23.3% had random blood glucose ≥ 140 mg/dL. These findings suggest that participatory education effectively improves short-term knowledge, whereas reducing NCD risk requires sustained mentoring, the training of community health cadres, and collaboration with local primary health care services.

Keywords: *Community Health Education, Hygiene Behavior, Non-Communicable Diseases, Health Screening, Women Fish Processors.*

PENDAHULUAN

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan salah satu strategi utama pembangunan kesehatan di Indonesia yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan untuk mengubah perilaku masyarakat agar mampu mencegah penyakit serta memelihara kesehatan pribadi, keluarga, dan lingkungan (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Rumah tangga dipandang sebagai tatanan yang paling strategis bagi penerapan PHBS, karena keluarga merupakan satuan sosial terkecil sekaligus unit terpenting dalam membentuk kebiasaan sehat anggotanya (Ratri et al., 2021).

Keluarga berperan sentral dalam membentuk nilai, norma, dan pola perilaku anggotanya, termasuk pola makan, kebiasaan menjaga kebersihan diri dan lingkungan, serta cara merespons penyakit dan memanfaatkan layanan kesehatan. Keterbatasan fasilitas dasar, seperti air bersih dan jamban sehat, dapat menyebabkan pola hidup tidak sehat terus berlangsung dari generasi ke generasi (Paritama et al., 2022). Pemerintah menetapkan sepuluh indikator PHBS rumah tangga, antara lain penggunaan air bersih, mencuci tangan dengan sabun, penggunaan jamban sehat, konsumsi buah dan sayur setiap hari, aktivitas fisik setiap hari, dan tidak merokok di dalam rumah. Penerapan indikator tersebut berkontribusi pada penurunan beban penyakit menular maupun penyakit tidak menular (Agustina et al., 2023).

Meskipun demikian, penerapan PHBS di tatanan rumah tangga masih bervariasi. Studi di Desa Kolobolon, Kabupaten Rote Ndao, menemukan bahwa kebiasaan mencuci tangan dengan sabun baru dilakukan secara rutin oleh 74,6% responden dan jamban sehat baru digunakan oleh 76% rumah tangga, dengan pengetahuan dan ketersediaan fasilitas sebagai faktor penghambat utama (Hendrik et al., 2024). Tantangan ini menjadi lebih kompleks pada ibu rumah tangga yang sekaligus menjalankan usaha pangan berbasis rumah. Pada kelompok ini, dapur keluarga juga berfungsi sebagai tempat produksi, sehingga praktik kebersihan tidak hanya memengaruhi kesehatan keluarga, tetapi juga keamanan produk pangan yang dijual kepada konsumen. Peran ganda sebagai pengelola rumah tangga dan pelaku usaha juga dapat membatasi waktu untuk memperhatikan kesehatan diri, termasuk pola makan, aktivitas fisik, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala.

Mitra kegiatan ini adalah kelompok ibu rumah tangga anggota usaha pengolahan dan pemasaran ikan Beru'-Beru' di Lingkungan Tanangan, Kelurahan Pangali-ali, Kecamatan Banggae, Kabupaten Majene. Hasil Focus Group Discussion (FGD) dan observasi awal mengidentifikasi tiga permasalahan utama, yaitu: (1) rendahnya pengetahuan tentang indikator PHBS di tingkat rumah tangga, termasuk standar dasar pengelolaan air bersih dan sanitasi; (2) kurangnya kesadaran akan pentingnya perilaku preventif, sehingga masyarakat cenderung berfokus pada pengobatan setelah sakit dibandingkan pencegahan; dan (3) praktik PHBS yang masih terbatas dalam kehidupan sehari-hari,

seperti jarangya mencuci tangan pakai sabun sebelum makan dan pengelolaan sampah rumah tangga yang belum tertib. Selama ini, sosialisasi kesehatan bagi mitra bersifat insidental melalui layanan puskesmas tanpa pendampingan berkelanjutan, sehingga belum mampu mendorong perubahan perilaku secara nyata.

Untuk menjawab permasalahan tersebut, kegiatan ini memadukan edukasi PHBS secara partisipatif dengan skrining kesehatan langsung. Melalui pendekatan ini, peserta tidak hanya menerima informasi, tetapi juga mengetahui kondisi kesehatan pribadinya, sehingga hasil pemeriksaan dapat menjadi motivasi untuk mengubah perilaku. Kegiatan ini juga dirancang agar berkelanjutan melalui pembentukan kader PHBS dari dalam kelompok mitra.

Berdasarkan uraian tersebut, kegiatan pengabdian ini bertujuan untuk: (1) meningkatkan pengetahuan ibu rumah tangga anggota kelompok pengolahan dan pemasaran ikan Beru'-Beru' tentang PHBS dan penerapannya dalam kehidupan sehari-hari; (2) melakukan skrining kesehatan dasar sebagai deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular; dan (3) mendorong terbentuknya kader PHBS sebagai penggerak perubahan perilaku hidup bersih dan sehat secara mandiri dan berkelanjutan.

METODE PELAKSANAAN

Pelaksanaan kegiatan ini secara luring di rumah ketua kelompok mitra (kelompok usaha pengolahan dan pemasaran ikan Beru'-Beru'), Lingkungan Tanangan, Kelurahan Pangali-ali, Kecamatan Banggae, Kabupaten Majene, Provinsi Sulawesi Barat. Peserta kegiatan yaitu ibu rumah tangga anggota kelompok usaha pengolahan dan pemasaran ikan Beru'-Beru', sebanyak 30 orang. Tahapan pelaksanaan kegiatan pengabdian ini sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan diawali dengan FGD bersama tim pelaksana, ketua kelompok Beru'-Beru', dan perwakilan anggota kelompok. FGD bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan mitra terkait PHBS dan merumuskan solusi yang disepakati bersama. Pada tahap ini, tim juga menyusun materi penyuluhan, tes pengetahuan, dan angket umpan balik, serta berkoordinasi dengan tim dokter Fakultas Kedokteran Universitas Sulawesi Barat untuk pelaksanaan skrining kesehatan.

2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini disampaikan materi mengenai konsep PHBS, sepuluh indikator PHBS rumah tangga, serta manfaat penerapannya bagi kesehatan keluarga secara komunikatif dan kontekstual, agar peserta memahami hubungan antara kebiasaan sehari-hari dengan risiko kesehatan keluarga. Namun untuk mengetahui peningkatan pemahaman sebelum dan sesudah penyampaian materi, maka diberikan pretest dan posttest kepada peserta. Kegiatan pengabdian selanjutnya adalah skrining kesehatan dilaksanakan oleh tim dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Sulawesi Barat. Parameter yang diperiksa meliputi tekanan darah, gula darah sewaktu (GDS), kolesterol total, dan asam urat.

- Tekanan darah diklasifikasikan berdasarkan pedoman ACC/AHA (Whelton dkk., 2018). Peserta dengan tekanan darah sistolik >180 mmHg dan/atau diastolik >120 mmHg dikategorikan mengalami krisis hipertensi. Peserta tersebut diukur ulang dan diperiksa ada tidaknya keluhan atau gejala yang mengarah pada kerusakan organ target.
- GDS diklasifikasikan dengan mengacu pada PERKENI (2021). Menurut pedoman tersebut, $GDS \geq 200$ mg/dL disertai gejala klasik merupakan kriteria diagnosis diabetes melitus. Dalam kegiatan ini, nilai $GDS \geq 140$ mg/dL digunakan sebagai batas skrining untuk menandai peserta yang memerlukan pemeriksaan lanjutan, bukan sebagai batas diagnosis. Batas ini dipilih karena $GDS 140-180$ mg/dL memiliki spesifisitas yang tinggi (92-98%) untuk mendeteksi diabetes, meskipun sensitivitasnya terbatas (Tabaei & Herman, 2002; Patel & Macerollo, 2010).
- Kolesterol total diklasifikasikan menurut NCEP ATP III (2001) menjadi tiga kategori: diinginkan (<200 mg/dL), batas tinggi ($200-239$ mg/dL), dan tinggi (≥ 240 mg/dL).
- Asam urat dikategorikan tinggi (hiperurisemia) apabila kadarnya >6 mg/dL pada perempuan dan >7

mg/dL pada laki-laki (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2018).

Peserta dengan hasil skrining di atas batas normal dianjurkan menjalani pemeriksaan konfirmasi di Puskesmas.

3. Tahap Evaluasi

Evaluasi kegiatan dilakukan melalui dua komponen. Komponen pertama adalah evaluasi pengetahuan peserta tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) menggunakan tes yang diberikan sebelum (pretest) dan sesudah (posttest) penyuluhan. Komponen ini bertujuan untuk mengetahui perubahan pengetahuan peserta sebagai hasil langsung dari kegiatan. Komponen kedua adalah evaluasi umpan balik peserta terhadap pelaksanaan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PKM). Komponen ini bertujuan untuk mengetahui penilaian peserta terhadap manfaat, kualitas penyampaian materi, dan kepuasan secara umum. Kedua komponen saling melengkapi: tes pengetahuan mengukur hasil belajar secara objektif, sedangkan umpan balik menggambarkan penerimaan peserta terhadap kegiatan.

a. Evaluasi Pengetahuan PHBS (Pretest dan Posttest)

Pengetahuan peserta diukur menggunakan tes pilihan ganda yang terdiri atas 20 soal dengan empat pilihan jawaban (a, b, c, dan d). Soal disusun berdasarkan empat dimensi PHBS dalam pengolahan produk ikan, yaitu kebersihan dan kesehatan diri (6 soal), kebersihan bahan dan proses pengolahan (5 soal), kebersihan peralatan dan penyimpanan produk (5 soal), serta kebersihan tempat kerja dan pengelolaan limbah (4 soal).

Pretest diberikan sebelum penyuluhan dimulai, sedangkan posttest diberikan segera setelah seluruh rangkaian penyuluhan dan praktik selesai. Soal yang digunakan pada pretest dan posttest sama, sehingga perbedaan nilai dapat dikaitkan dengan materi yang diterima peserta. Kunci jawaban dan pembahasan soal tidak disampaikan setelah pretest agar tidak memengaruhi hasil posttest.

Setiap jawaban benar diberi skor 1, sedangkan jawaban salah atau kosong diberi skor 0. Nilai peserta kemudian dikonversi ke skala 0–100 dengan rumus berikut.

$$\text{Nilai} = \left(\frac{\text{Jumlah Jawaban Benar}}{20} \right) \times 100$$

Peningkatan pengetahuan dianalisis menggunakan normalized gain (N-Gain). N-Gain menggambarkan besarnya peningkatan nilai yang dicapai peserta dibandingkan dengan peningkatan maksimum yang masih mungkin dicapai (Hake, 1998). Evaluasi hasil pelaksanaan berupa pencapaian dalam kegiatan ini didasarkan pada hasil penilaian sebelum dilakukan pelatihan yaitu pretest dibandingkan dengan hasil penilaian setelah dilakukan pelatihan berupa posttest (Dewi et al, 2025). Analisa untuk mengolah data pretest dan posttest adalah menggunakan metode Uji Normalitas Gain atau Uji N-Gain (Oktavia et al, 2019). Rumus dan ketentuan penilain menggunakan Uji N-Gain ditampilkan seperti persamaan dan tabel berikut ini.

$$NGain = \frac{\text{Skor Posttest} - \text{Skor Pretest}}{\text{Skor Maksimal} - \text{Skor Pretest}}$$

Tabel 1. Klasifikasi Nilai Normalitas Gain

Nilai Normalitas Gain	Kriteria
$0,70 \leq n \leq 1,00$	Tinggi
$0,30 \leq n \leq 0,70$	Sedang
$0,00 \leq n < 0,30$	Rendah

Sumber: (Hake, 1998).

Tabel 2. Kategori Tafsiran Efektifitas N-Gain

Persentase (%)	Tafsiran
< 40	Tidak Efektif
40 – 55	Kurang Efektif
56 – 75	Cukup Efektif
> 76	Efektif

b. Evaluasi Umpan Balik Pelaksanaan Kegiatan PKM

Umpan balik peserta diukur menggunakan angket berisi enam pernyataan yang diisi setelah kegiatan berakhir. Pernyataan tersebut mencakup kebermanfaatan kegiatan, penerapan materi dalam kehidupan sehari-hari, cara penyampaian materi oleh narasumber, pengembangan inovasi dan keterampilan, kecukupan durasi materi dan praktik, serta kepuasan secara umum. Setiap pernyataan dinilai dengan skala Likert lima tingkat, yaitu Tidak Setuju (TS = 1), Kurang Setuju (KS = 2), Cukup Setuju (CS = 3), Setuju (S = 4), dan Sangat Setuju (SS = 5).

Indeks kepuasan dihitung dengan membagi jumlah skor yang diperoleh dengan skor maksimum yang mungkin dicapai, lalu dikalikan 100%.

$$\text{Indeks Kepuasan (\%)} = \frac{\text{Jumlah Skor diperoleh}}{\text{Skor Maksimum}} \times 100\%$$

Skor maksimum setiap pernyataan adalah 150 (30 peserta × skor 5), sehingga skor maksimum keseluruhan adalah 900 (6 pernyataan × 150). Hasil indeks diinterpretasikan dalam lima kategori, yaitu 0–20% (sangat rendah), 21–40% (rendah), 41–60% (cukup), 61–80% (tinggi), dan 81–100% (sangat tinggi) (Riduwan, 2015).

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil

Pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat berjalan dengan baik dan mendapat respons positif dari peserta kegiatan pengabdian. Peserta menunjukkan antusiasme yang tinggi selama sosialisasi dan praktik PHBS. Peserta kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini adalah ibu-ibu yang tergabung dalam kelompok industri rumah tangga (home industry) dengan nama kelompok Beru'-Beru'. Aktivitas keseharian mereka umumnya mencakup pekerjaan ibu-ibu rumah tangga, pedagang, staf suatu instansi dan ART, sehingga pola waktu, tingkat aktivitas fisik, serta paparan pilihan makanan cenderung dipengaruhi oleh tuntutan peran ganda dan lingkungan kerja berbasis rumah.

Hasil pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat berupa pendataan karakteristik peserta, skrining sederhana dengan parameter kesehatan (tekanan darah, gula darah sewaktu, kolesterol total, dan asam urat) serta evaluasi hasil kegiatan pengabdian telah dilakukan dengan menjawab tes dan kuesioner untuk umpan balik.

a. Karakteristik Peserta

Kegiatan pengabdian ini dilakukan pendataan karakteristik peserta penyuluhan. Berdasarkan hasil pendataan, rerata usia peserta adalah 47,4 tahun (median 48,1; rentang 21,5–69,0 tahun). Komposisi tingkat pendidikan terakhir peserta disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Tingkat Pendidikan Peserta

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
SD	11	36,67
SMP	7	23,33
SMA	5	16,67
D3	3	10,00
S1	4	13,33
Jumlah	30	100

Sumber data: hasil kegiatan pengabdian

Sebagian besar peserta berpendidikan dasar, yaitu lulusan SD (36,67%) dan SMP (23,3%). Dari aspek aktivitas fisik, 60,0% peserta melaporkan berolahraga atau beraktivitas fisik, dimana rinciannya 30,0% aktif berolahraga dan 30,0% aktif namun tidak sering melakukan olahraga dan 20,0% tidak aktif. Pada aspek psikososial, sebanyak 40,0% peserta melaporkan sering mengalami stres atau kesulitan dalam mengelola stres. Selain itu, pada aspek kesehatan fisik, keluhan nyeri atau bengkak pada lutut dilaporkan oleh 50,0% peserta. Temuan ini menunjukkan bahwa hampir separuh peserta mengalami tekanan psikologis, dan separuh peserta mengalami keluhan pada sendi lutut. Kedua kondisi tersebut berpotensi memengaruhi kenyamanan dan produktivitas peserta dalam menjalankan kegiatan usaha olahan ikan.

b. Hasil Skrining Parameter Kesehatan

Distribusi hasil skrining kesehatan pada 30 peserta disajikan pada Tabel 4. Secara umum, tekanan darah dan kolesterol total merupakan parameter dengan proporsi hasil di atas batas normal tertinggi. Sebaliknya, sebagian besar peserta memiliki gula darah sewaktu (GDS) dan kadar asam urat dalam batas normal.

Tabel 4. Distribusi Kategori Hasil Skrining Kesehatan (n=30)

Parameter	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Tekanan Darah	Normal (<120 dan <80 mmHg)	4	13,3
	Meningkat (120–129 dan <80 mmHg)	0	0
	Hipertensi tahap 1 (130–139 dan/atau 80–89 mmHg)	14	46,7
	Hipertensi tahap 2 ($\geq 140/\geq 90$)	9	30
	Krisis ($\geq 180/\geq 120$)	3	10,0
GDS	Normal (<140 mg/dL)	23	76,7
	Sedang (140–199 mg/dL)	3	10,0
	Tinggi (≥ 200 mg/dL)	4	13,3
Kolesterol	Normal (<200 mg/dL)	7	23,3
	Borderline (200–239 mg/dL)	13	43,3
	Tinggi (≥ 240 mg/dL)	10	33,3
Asam Urat	Normal (<7 mg/dL)	21	70,0
	Tinggi (≥ 7 mg/dL)	9	30,0

Sumber data: hasil kegiatan pengabdian. (2026)

Klasifikasi tekanan darah mengacu pada pedoman ACC/AHA (Whelton dkk., 2018). Hanya 13,3% peserta (4/30) yang memiliki tekanan darah normal (<120/<80 mmHg), dan tidak ada peserta yang berada pada kategori meningkat. Sebanyak 46,7% (14/30) berada pada kategori hipertensi tahap 1, yaitu sistolik 130–139 mmHg dan/atau diastolik 80–89 mmHg. Sebanyak 30,0% (9/30) berada pada kategori hipertensi tahap 2, yaitu sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg. Selain itu, 10,0% (3/30) memenuhi kriteria krisis hipertensi, yaitu sistolik >180 mmHg dan/atau diastolik >120 mmHg. Dengan demikian, 86,7% peserta (26/30) memiliki tekanan darah pada kategori hipertensi tahap 1

atau lebih tinggi, dan 40,0% (12/30) berada pada kategori hipertensi tahap 2 atau krisis hipertensi. Peserta dengan krisis hipertensi diukur ulang dan diperiksa ada tidaknya keluhan atau gejala yang mengarah pada kerusakan organ target, sebagaimana dianjurkan dalam pedoman tersebut.

Kadar kolesterol total diklasifikasikan berdasarkan NCEP ATP III (Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, 2001). Hanya 23,3% peserta (7/30) yang memiliki kadar kolesterol total pada kategori diinginkan (<200 mg/dL). Sebanyak 43,3% (13/30) berada pada kategori batas tinggi (200–239 mg/dL), dan 33,3% (10/30) pada kategori tinggi (≥ 240 mg/dL). Artinya, 76,7% peserta (23/30) memiliki kadar kolesterol total ≥ 200 mg/dL. Proporsi ini jauh lebih besar dibandingkan angka nasional. Riset Kesehatan Dasar 2018 melaporkan proporsi kolesterol total batas tinggi sebesar 21,2% dan kolesterol tinggi sebesar 7,6% pada penduduk Indonesia berusia ≥ 15 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Perbandingan ini bersifat deskriptif karena jumlah peserta terbatas dan tidak dipilih secara acak.

Pada pemeriksaan GDS, sebagian besar peserta (76,7%; 23/30) berada pada kategori normal (<140 mg/dL). Menurut PERKENI (2021), GDS ≥ 200 mg/dL disertai gejala klasik merupakan kriteria diagnosis diabetes melitus. Dalam kegiatan ini, nilai ≥ 140 mg/dL digunakan sebagai batas skrining untuk menandai peserta yang memerlukan pemeriksaan lanjutan. Batas ini dipilih karena GDS 140–180 mg/dL memiliki spesifisitas yang tinggi untuk mendeteksi diabetes, meskipun sensitivitasnya terbatas (Tabaei & Herman, 2002; Patel & Macerollo, 2010). Berdasarkan batas tersebut, 10,0% peserta (3/30) memiliki GDS 140–199 mg/dL, dan 13,3% (4/30) memiliki GDS ≥ 200 mg/dL.

Untuk asam urat, 70,0% peserta (21/30) memiliki kadar <7 mg/dL, sedangkan 30,0% (9/30) memiliki kadar ≥ 7 mg/dL. Batas ≥ 7 mg/dL dipilih sebagai batas yang konservatif karena mendekati ambang kejenuhan monosodium urat dalam darah, yaitu sekitar 6,8 mg/dL (Bardin & Richette, 2014). Batas ini juga melampaui kriteria hiperurisemia pada perempuan (>6 mg/dL) menurut Perhimpunan Reumatologi Indonesia (2018). Oleh karena itu, seluruh peserta dalam kelompok ini dapat dipastikan memiliki kadar asam urat yang tinggi.

Seluruh hasil tersebut diperoleh dari pemeriksaan skrining menggunakan alat point-of-care testing Easy Touch GCU dengan sampel darah kapiler. Peserta dengan hasil di atas batas normal dianjurkan menjalani pemeriksaan konfirmasi di Puskesmas. Secara keseluruhan, temuan ini menunjukkan tingginya proporsi faktor risiko penyakit kardiovaskular dan metabolik pada kelompok ibu rumah tangga pengelola produk olahan ikan, terutama tekanan darah dan kolesterol total. Hal ini menegaskan perlunya pemeriksaan konfirmasi serta edukasi gaya hidup sehat yang berkelanjutan.

c. Pola Konsumsi dan Perilaku Terkait PHBS

Ringkasan pola konsumsi menunjukkan kebiasaan konsumsi gorengan sebagai temuan paling menonjol; sebanyak 53,3% peserta melaporkan konsumsi gorengan harian. Konsumsi sayur relatif lebih baik, dengan 40,0% peserta melaporkan konsumsi sayur harian. Konsumsi buah didominasi 2–3 kali per minggu (43,3%) dan belum merata harian. Selain itu, sebagian peserta masih mengonsumsi gula/minuman manis pada frekuensi sedang sampai harian. Untuk variabel pola konsumsi dan perilaku terkait PHBS, karena seluruh data berbentuk kategori, analisis deskriptif yang paling tepat adalah penyajian frekuensi dan persentase untuk setiap kategori jawaban. Penyajian tersebut akan memberikan gambaran mengenai kecenderungan pola konsumsi serta perilaku hidup bersih dan sehat pada responden dan menjadi dasar dalam pembahasan hubungan antara perilaku konsumsi dengan kondisi kesehatan responden.



Gambar 1. Penyampaian materi edukasi PHBS kepada kelompok mitra



Gambar 2. Pelaksanaan skrining kesehatan (pengukuran tekanan darah) oleh tim dokter

d. Evaluasi Kegiatan

Hasil evaluasi kegiatan disajikan dalam dua bagian, yaitu hasil tes pengetahuan PHBS dan hasil umpan balik peserta terhadap pelaksanaan kegiatan PKM. Hasil tes pengetahuan PHBS sebelum dan sesudah penyuluhan disajikan pada Tabel 3. Rata-rata nilai pretest peserta sebesar $50,67 \pm 8,07$, dengan nilai terendah 35 dan tertinggi 65. Setelah penyuluhan, rata-rata nilai posttest meningkat menjadi $92,00 \pm 5,66$, dengan nilai terendah 75 dan tertinggi 95. Dengan demikian, terjadi kenaikan rata-rata nilai sebesar 41,33 poin. Seluruh peserta (30/30) mengalami kenaikan nilai setelah penyuluhan.

Tabel 5. Hasil Tes Pengetahuan PHBS Sebelum dan Sesudah Penyuluhan (n = 30)

Komponen	Pretest	Posttest
Rata-rata nilai $\pm$ SD	$50,67 \pm 8,07$	$92,00 \pm 5,66$
Nilai terendah – tertinggi	35 – 65	75 – 95
Rata-rata N-Gain (g)	0,83 (tinggi)	
Kategori N-Gain: tinggi / sedang / rendah, n (%)	27 (90,0) / 3 (10,0) / 0 (0,0)	
Uji Wilcoxon signed-rank	$Z = -4,80$; $p < 0,001$	

Keterangan: nilai pada skala 0–100; SD = simpangan baku sampel; kategori N-Gain menurut Hake (1998).

Rata-rata N-Gain sebesar 0,83 termasuk kategori tinggi, atau 83% yang termasuk kategori efektif. Sebanyak 27 peserta (90,0%) memperoleh N-Gain kategori tinggi, 3 peserta (10,0%) kategori

sedang, dan tidak ada peserta pada kategori rendah. Hasil uji Shapiro-Wilk menunjukkan bahwa data selisih nilai tidak berdistribusi normal ($p = 0,028$), karena sebagian besar nilai posttest menumpuk pada rentang 90–95. Oleh karena itu, analisis dilanjutkan dengan uji Wilcoxon signed-rank, yang menunjukkan perbedaan bermakna antara nilai pretest dan posttest ($Z = -4,80$; $p < 0,001$).

2. Pembahasan

a. Efektivitas edukasi dalam meningkatkan pengetahuan PHBS

Edukasi PHBS terbukti efektif meningkatkan pengetahuan peserta. Kenaikan rata-rata nilai sebesar 41,33 poin, rata-rata N-Gain 0,83 (kategori tinggi), dan hasil uji Wilcoxon yang bermakna ($p < 0,001$) menunjukkan bahwa peningkatan tersebut tidak terjadi secara kebetulan. Temuan ini sejalan dengan kegiatan edukasi PHBS berbasis komunitas lain yang melaporkan peningkatan kesadaran kesehatan keluarga setelah intervensi edukasi (Rahmawati, 2023). Nilai pretest sebesar 50,67 menunjukkan bahwa sebelum kegiatan peserta baru menguasai sekitar separuh materi, sesuai dengan hasil FGD yang menemukan rendahnya pengetahuan peserta tentang PHBS. Peningkatan yang besar diduga didukung oleh penyampaian materi yang kontekstual, yaitu mengaitkan prinsip PHBS dengan kegiatan sehari-hari peserta sebagai pengolah ikan, serta penggunaan bahasa yang sederhana. Hal ini penting karena 60,0% peserta berpendidikan SD dan SMP.

Meskipun demikian, hasil ini perlu ditafsirkan secara hati-hati. Posttest diberikan segera setelah penyuluhan dengan soal yang sama seperti pretest, sehingga hasilnya lebih mencerminkan pemahaman jangka pendek. Sebaran nilai posttest yang menumpuk pada rentang 90–95 juga menunjukkan adanya efek plafon. Tiga peserta dengan N-Gain kategori sedang perlu mendapat pendampingan yang lebih personal agar pemahaman antarpeserta lebih merata.

b. Penerimaan peserta terhadap kegiatan

Indeks kepuasan sebesar 96,8% menunjukkan bahwa kegiatan diterima dengan sangat baik. Tingginya penilaian terhadap penyampaian materi (97,3%) sejalan dengan tingginya peningkatan pengetahuan, karena materi yang mudah dipahami lebih mudah diserap peserta. Aspek pengembangan inovasi dan keterampilan memperoleh indeks terendah (94,7%). Hal ini wajar karena kegiatan lebih menitikberatkan pada edukasi dan skrining, sedangkan pengembangan keterampilan membutuhkan praktik langsung yang berulang. Penilaian yang seluruhnya positif juga perlu dibaca dengan hati-hati, karena peserta cenderung memberikan jawaban yang dianggap baik ketika angket diisi segera setelah kegiatan.

c. Tingginya faktor risiko penyakit tidak menular

Berbeda dengan hasil edukasi, hasil skrining menunjukkan tingginya proporsi faktor risiko PTM. Sebanyak 86,7% peserta memiliki tekanan darah pada kategori hipertensi, termasuk 10,0% yang memenuhi kriteria krisis hipertensi (Whelton dkk., 2018). Sebanyak 76,7% peserta memiliki kolesterol total ≥ 200 mg/dL, jauh di atas angka nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Selain itu, 30,0% peserta memiliki kadar asam urat ≥ 7 mg/dL dan 23,3% memiliki GDS ≥ 140 mg/dL sehingga memerlukan pemeriksaan lanjutan.

Temuan tersebut dapat dipahami dari karakteristik dan pola perilaku peserta. Rata-rata usia peserta 47,4 tahun, yaitu kelompok usia yang risikonya terhadap hipertensi dan gangguan metabolik mulai meningkat. Sebanyak 53,3% peserta mengonsumsi gorengan setiap hari, hanya 40,0% yang mengonsumsi sayur setiap hari, dan konsumsi buah sebagian besar baru 2–3 kali per minggu. Sebagian peserta juga belum aktif secara fisik, 40,0% sering mengalami stres, dan 50,0% mengeluhkan nyeri atau bengkak pada lutut. Keluhan lutut berpotensi menghambat aktivitas fisik, sehingga anjuran aktivitas fisik perlu disesuaikan dengan kondisi sendi peserta. Karena data ini bersifat deskriptif, keterkaitan antara pola perilaku dan hasil skrining belum dapat disimpulkan sebagai hubungan sebab-akibat, tetapi pola tersebut konsisten dengan faktor risiko yang ditemukan.

d. Kesenjangan antara pengetahuan dan kondisi kesehatan

Kedua temuan utama menunjukkan adanya kesenjangan antara pengetahuan dan kondisi kesehatan peserta. Pengetahuan meningkat secara bermakna dalam waktu singkat, sedangkan faktor

risiko PTM terbentuk dari kebiasaan yang berlangsung bertahun-tahun. Perlu ditegaskan bahwa skrining dilakukan bersamaan dengan edukasi, sehingga hasilnya menggambarkan kondisi awal peserta, bukan dampak edukasi. Hasil skrining justru berfungsi sebagai data dasar untuk pemantauan berikutnya dan sebagai sarana motivasi, karena peserta dapat melihat langsung kondisi kesehatannya. Pengetahuan merupakan langkah awal yang penting, tetapi perubahan perilaku dan perbaikan kondisi kesehatan memerlukan waktu, dukungan lingkungan, dan pendampingan yang berkelanjutan (Suryani & Wulandari, 2022).

e. Pembentukan kader PHBS sebagai upaya keberlanjutan

Tujuan ketiga kegiatan ini adalah mendorong terbentuknya kader PHBS dari dalam kelompok mitra. Tujuan ini didasarkan pada temuan bahwa peningkatan pengetahuan yang tinggi belum cukup untuk mengendalikan faktor risiko PTM yang ditemukan pada sebagian besar peserta. Perubahan perilaku membutuhkan pengingat dan dukungan yang terus-menerus, sedangkan tim pelaksana tidak dapat mendampingi mitra setiap hari. Kader yang berasal dari anggota kelompok memiliki keunggulan karena memahami kebiasaan, bahasa, dan kondisi sesama anggota, serta berinteraksi dengan mereka setiap hari. Pendekatan ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019, yang menempatkan kader sebagai orang

yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2019). World Health Organization (2018) juga merekomendasikan pemanfaatan tenaga kesehatan berbasis komunitas sebagai bagian penting dari layanan kesehatan primer.

Peran kader yang akan dibentuk meliputi pengingat praktik PHBS sehari-hari, seperti mencuci tangan pakai sabun dan menjaga kebersihan tempat pengolahan ikan, penyebaran ulang materi kepada anggota yang berhalangan hadir, serta penghubung antara anggota kelompok dan puskesmas untuk pemeriksaan berkala, khususnya bagi peserta dengan tekanan darah dan kolesterol tinggi. Intervensi yang melibatkan kader atau tenaga kesehatan komunitas terbukti membantu pengendalian tekanan darah dan perbaikan perilaku berisiko PTM di negara berkembang (Jeet dkk., 2017). Namun, efektivitas kader sangat bergantung pada pelatihan yang memadai, supervisi berkelanjutan, dan dukungan sistem kesehatan setempat (Perry dkk., 2014). Oleh karena itu, pembentukan kader perlu diikuti dengan pelatihan lanjutan, pendampingan berkala, dan kerja sama dengan puskesmas.

f. Faktor pendorong, penghambat, dan upaya tindak lanjut

Faktor pendorong keberhasilan aspek edukasi meliputi pendekatan yang kontekstual dan partisipatif, keterlibatan tim dokter dalam skrining kesehatan, serta dukungan sosial antaranggota kelompok. Faktor penghambat meliputi keterbatasan waktu peserta akibat peran ganda sebagai ibu rumah tangga dan pelaku usaha, tingkat pendidikan yang sebagian besar dasar, serta keterbatasan fasilitas dan kebiasaan lama yang sulit diubah. Hambatan serupa juga ditemukan pada penerapan PHBS di wilayah lain (Hendrik dkk., 2024; Paritama dkk., 2022). Upaya mengatasi hambatan tersebut dilakukan melalui penyederhanaan materi, pendekatan personal saat penyampaian hasil skrining, anjuran pemeriksaan konfirmasi di puskesmas, dan rencana pembentukan kader PHBS. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip peningkatan literasi kesehatan sebagai dasar perubahan perilaku jangka panjang di tingkat keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2020; World Health Organization, 2020).

g. Keterbatasan kegiatan

Kegiatan ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, evaluasi pengetahuan menggunakan desain satu kelompok tanpa pembandingan, dengan jumlah peserta terbatas dan tidak dipilih secara acak. Kedua, pemeriksaan GDS, kolesterol, dan asam urat menggunakan alat POCT dengan sampel darah kapiler yang diperiksa satu kali, sehingga hasilnya bersifat skrining. Ketiga, data perilaku dan pola konsumsi diperoleh melalui laporan peserta sendiri. Keempat, evaluasi dilakukan segera setelah kegiatan, sehingga belum menggambarkan perubahan perilaku jangka panjang.

KESIMPULAN

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat pada kelompok ibu rumah tangga pengolah dan

pemasar ikan Beru'-Beru' di Lingkungan Tanangan, Kelurahan Pangali-ali, telah mencapai tujuan pertama dan kedua, serta memulai tujuan ketiga. Pertama, edukasi PHBS partisipatif efektif meningkatkan pengetahuan peserta, ditunjukkan oleh kenaikan rata-rata nilai dari 50,67 menjadi 92,00, rata-rata N-Gain 0,83 (kategori tinggi), dan perbedaan yang bermakna secara statistik ($p < 0,001$), dengan indeks kepuasan peserta sebesar 96,8%. Kedua, skrining kesehatan berhasil mendeteksi tingginya proporsi faktor risiko PTM, terutama tekanan darah pada kategori hipertensi (86,7%) dan kolesterol total ≥ 200 mg/dL (76,7%), yang disertai pola konsumsi dan gaya hidup yang kurang sehat. Ketiga, pembentukan kader PHBS telah diinisiasi sebagai upaya keberlanjutan, tetapi masih memerlukan pelatihan dan pendampingan lanjutan. Dengan demikian, kegiatan ini telah membangun dasar pengetahuan PHBS, sedangkan pengendalian faktor risiko kesehatan peserta memerlukan intervensi yang terstruktur dan berkelanjutan.

Berdasarkan kesimpulan tersebut, disarankan: (1) pendampingan dan skrining kesehatan secara berkala, terutama bagi peserta dengan krisis hipertensi dan kolesterol tinggi; (2) penguatan kolaborasi dengan puskesmas, termasuk rujukan aktif bagi peserta berisiko tinggi; (3) pelatihan dan pendampingan kader PHBS dari anggota kelompok Beru'-Beru'; (4) materi edukasi lanjutan yang lebih aplikatif, mencakup cara pengolahan makanan yang lebih sehat, konsumsi sayur dan buah setiap hari, aktivitas fisik ringan yang aman bagi sendi lutut, dan manajemen stres sederhana; serta (5) evaluasi lanjutan terhadap pengetahuan dan perilaku peserta beberapa minggu setelah kegiatan untuk menilai keberlanjutan dampak program.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A. T., Prastyo, A., Azwani, R., & Mahid, A. (2023). Efektivitas program perilaku hidup sehat dan bersih (PHBS) untuk pengembangan *health consciousness* pada lansia: Literature review. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 11(1), 235–245.
- Bardin, T., & Richette, P. (2014). Definition of hyperuricemia and gouty conditions. *Current Opinion in Rheumatology*, 26(2), 186–191.
- Dewi, A. K., Salim, C. H., Mailintina, Y., & Efkelin, R. (2025). Program edukasi keseimbangan tubuh untuk masyarakat menjaga kesehatan dan mencegah cedera. *Masyarakat Berkarya: Jurnal Pengabdian dan Perubahan Sosial*, 2(2), 80–91.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (2001). Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, 285(19), 2486–2497. <https://doi.org/10.1001/jama.285.19.2486>
- Hake, R. R. (1998). Interactive-engagement versus traditional methods: A six-thousand-student survey of mechanics test data for introductory physics courses. *American Journal of Physics*, 66(1), 64–74. <https://doi.org/10.1119/1.18809>
- Hendrik, V. C., Romeo, P., & Marni. (2024). Gambaran perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga di Desa Kolobolon, Kecamatan Lobalain, Kabupaten Rote Ndao. *ANTIGEN: Jurnal Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Gizi*, 2(4), 22–35. <https://doi.org/10.57213/antigen.v2i4.433>
- Jeet, G., Thakur, J. S., Prinja, S., & Singh, M. (2017). Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PLOS ONE*, 12(7), Article e0180640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180640>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan nasional Risesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)*.
- Oktavia, M., Prasasty, A. T., & Isroyati, I. (2019). Uji normalitas gain untuk pemantapan dan modul

- dengan *one group pre and post test*. In *Simposium Nasional Ilmiah & Call for Paper Unindra (Simponi)* (Vol. 1, No. 1).
- Paritama, R. F., Septiani, W., Vermita, S., Harnani, Y., & Maharani, R. (2022). Analisis perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga di Desa Sei Simpang Dua, Kampar Kiri Hilir, Kabupaten Kampar tahun 2022. *Jurnal Olahraga dan Kesehatan*, 1(2), 272–296.
- Patel, P., & Macerollo, A. (2010). Diabetes mellitus: Diagnosis and screening. *American Family Physician*, 81(7), 863–870.
- Perhimpunan Reumatologi Indonesia. (2018). *Pedoman diagnosis dan pengelolaan gout*.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2021). *Pedoman pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 dewasa di Indonesia 2021*. PB PERKENI.
- Perry, H. B., Zulliger, R., & Rogers, M. M. (2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 35, 399–421. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>
- Rahmawati, L. (2023). Edukasi PHBS dalam meningkatkan kesadaran kesehatan keluarga. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 5(1), 1–8.
- Ratri, P. R., Jannah, M., Sabran, & Perwiraningrum, D. A. (2021). *Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)*. Pena Persada.
- Riduwan. (2015). *Skala pengukuran variabel-variabel penelitian*. Alfabeta.
- Suryani, D., & Wulandari, R. (2022). Penerapan PHBS rumah tangga sebagai upaya pencegahan penyakit berbasis lingkungan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(2), 85–92.
- Tabaei, B. P., & Herman, W. H. (2002). A multivariate logistic regression equation to screen for diabetes: Development and validation. *Diabetes Care*, 25(11), 1999–2003.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*, 71(6), e13–e115.
- World Health Organization. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*.
- World Health Organization. (2020). *Promoting health through the life course*.