

Pemberdayakan Kesehatan Masyarakat: Pendekatan Pendidikan Berbasis Religius

Ismail ^{1*}, Simunati ², Muhammad Basri ³, Baharuddin⁴, Sukriyadi ⁵, Nasrullah ⁶

^{1,2,3,4,5} Politeknik Kesehatan Makassar Jurusan Keperawatan

Corresponding Author: ismailskep@poltekkes-mks.ac.id

Abstrak: Upaya kolaboratif diantara anggota masyarakat, profesional perawatan kesehatan, dan lembaga berbasis agama dapat terbukti berharga dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Tujuan dari pengabdian masyarakat ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan tentang faktor risiko penyakit jantung, diabetes, stroke diantara populasi Kalimantan Komunitas Bugis; dan untuk memberdayakan komunitas-keagamaan untuk mengendalikan kesehatan dengan modifikasi kebiasaan hidup melalui pendidikan kesehatan program. Pengabdian masyarakat ini menggunakan data yang diperoleh dari observasi penilaian risiko kesehatan sebelum dan sesudah untuk menilai pengetahuan partisipan tentang faktor risiko yang menyebabkan penyakit kronis di antara Populasi Kalimantan di komunitas Bugis yang kurang terlayani. Data yang diperoleh dari log book aktivitas dan sesi pemeriksaan kesehatan digunakan untuk menilai pengaruh pengetahuan yang diperoleh tentang praktik gaya hidup. hasil intervensi pendidikan menunjukkan kemajuan, dengan 24% partisipan mengalami penurunan tekanan darah, 18% mengalami penurunan gula darah, dan 6% mengalami penurunan berat badan. Sebanyak 60% partisipan melaporkan peningkatan dalam olahraga, 77% melaporkan perubahan pola makan menjadi lebih sehat, dan 95% partisipan melaporkan peningkatan pengetahuan tentang faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke. Hasil ini menekankan pentingnya program pendidikan kesehatan yang berkelanjutan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat dalam pencegahan penyakit kronis. Temuan penelitian mendukung kebutuhan akan popularitas yang berkelanjutan- pengembangan program pendidikan khususnya di lembaga keagamaan yang berada di dalam komunitas Bugis.

Kata Kunci: Pemberdayaan masyarakat, Pendidikan, Religius

Abstract: Collaborative efforts among community members, health care professionals, and faith-based institutions can prove valuable in efforts to improve community health. The aim of this research is to increase knowledge about risk factors for heart disease, diabetes, stroke among the Bugis Community Kalimantan population; and to empower community members to take control of their health by modifying living habits through health education programs held within religious communities. This study used data obtained from a pre- and post-health risk assessment survey to assess participants' knowledge of risk factors that cause chronic diseases among the Kalimantan population in underserved Bugis communities. Data obtained from activity log books and health check sessions were used to assess the impact of knowledge gained about lifestyle practices. The results of the educational intervention showed progress, with 24% of participants experiencing a decrease in blood pressure, 18% experiencing a decrease in blood sugar, and 6% experiencing a decrease in weight. As many as 60% of participants reported an increase in exercise, 77% reported changes in eating patterns to be healthier, and 95% of participants reported increased knowledge about risk factors for heart disease, diabetes and stroke. These results emphasize the importance of ongoing health education programs to increase public awareness and knowledge in preventing chronic diseases. The research findings support the need for continued popular development of educational programs especially in religious institutions within the Bugis community.

Keywords: Community Health Empowerment, Religiously, Educational

Informasi Artikel: Pengajuan 16 Agustus 2024 | Revisi 17 November 2024 | Diterima 19 November 2024

How to Cite: Ismail, Simunati, Muhammad Basri, Sukriyadi, Snasrullah (2024). Pemberdayakan Kesehatan Masyarakat: Pendekatan Pendidikan Berbasis Religius. *Bhakti Persada Jurnal Aplikasi IPTEKS*, 10(2), 63-70

Pendahuluan

Menurut Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC), penyakit kronis muncul masalah kesehatan utama di negara berkembang seperti Indonesia. Tiga penyakit kronis yang menyerang individu komunitas Bugis berusia 35 hingga 85 tahun yang menyebabkan kecacatan dan kematian adalah penyakit kardiovaskular, diabetes, stroke, dan diabetes. Faktor-faktor seperti usia, ras, jenis kelamin, riwayat keluarga, dan predisposisi genetik dianggap sebagai faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yang menyebabkan penyakit ini. Namun, dapat dimodifikasi faktor risiko telah diidentifikasi sebagai merokok, hipertensi, obesitas, kolesterol tinggi, aktivitas fisik, dan kebiasaan makan yang tidak sehat (CDC, 2024).

Tiga puluh dua persen orang dewasa yang tinggal di Kota Baru melaporkan mengalami tekanan darah tinggi, 9% kembali- porting bahwa mereka menderita diabetes; 5% melaporkan mengalami serangan jantung; 3% melaporkan riwayat menderita stroke, dan 7% melaporkan riwayat penyakit jantung. Menurut penelitian ini, populasi yang terkena penyakit ini telah mengalami peningkatan- lipatan dalam tingkat kemunculannya. Orang Kalimantan dan populasi minoritas Bugis sebagian besar terkena penyakit tersebut dan mengalami tingkat kematian dan kecacatan yang tinggi (Kemenkes, 2024).

Tingkat kematian untuk layanan rujukan berada di peringkat dua teratas, dengan total 50 pada tahun 2006, menurut laporan profil kesehatan Kota Baru. Pada tahun 2002, angka kematian akibat penyakit kronis seperti penyakit jantung, diabetes, dan stroke lebih tinggi pada populasi Kalimantan Komunitas Bugis dibandingkan di Komunitas lokal (Kemenkes, 2024). Bukti mendukung perlunya penerapan strategi untuk membantu mengurangi beban penyakit jantung, stroke, dan diabetes pada tingkat individu dan komunitas (Varda & Retrum, 2012). Pentingnya strategi yang diarahkan pada pencegahan melalui pengurangan risiko, deteksi dini, dan manajemen penyakit sangat penting untuk mengurangi terjadinya penyakit yang mengakibatkan kecacatan dan kematian di antara populasi (Rowley et al., 2017).

Kota Baru memiliki 18,5% penduduknya yang hidup di bawah tingkat kemiskinan. Ada tarif tinggi prevalensi penyakit kronis yang mempengaruhi populasi. Prevalensi diabetes adalah 8,4 %, hipertensi 31,9%, penggunaan tembakau 24,4%, obesitas 24,5% dan prevalensi penyakit jantung- kemudahan adalah 5,1% (Kemenkes, 2024). Akibat tingginya angka kejadian faktor risiko yang menyebabkan penyakit kronis, Kota Baru menempati peringkat kelima dalam keseluruhan beban penyakit kronis di Kalimantan Selatan. Bukti ini mendukung perlunya pendekatan multidisiplin yang komprehensif untuk mengurangi- faktor-faktor risiko yang menyebabkan penyakit yang mempengaruhi populasi Kalimantan Komunitas Bugis (Alleyne et al., 2011).

Dalam upaya untuk memiliki dampak terbesar pada perilaku pengurangan risiko di antara populasi ini, strategi harus diterapkan untuk menargetkan penyakit kronis yang sering hidup berdampingan dan memiliki faktor risiko yang sama. Menurut literatur terbaru, (Karwi et al., 2022; Leon & Maddox, 2015; Matheus et al., 2013; Suman et al., 2023), beberapa penyakit kronis hidup berdampingan seperti penyakit jantung dan diabetes. Juga, stroke sering diakibatkan oleh hipertensi dan diabetes yang tidak terkontrol (Tettey et al., 2017). Oleh karena itu, program pendidikan yang berfokus hanya pada satu penyakit kronis yang menyerang komunitas Bugis populasi Kalimantan mungkin tidak mengakibatkan pengurangan kejadian, kecacatan, atau angka kematian.

Metode

Pengabdian masyarakat ini diselesaikan dengan menggunakan desain kualitatif dengan mitra sasaran 17 populasi Kalimantan Komunitas Bugis. Partisipan berusia 19 tahun ke atas. Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 1, ada dua mitra sasaran pria berusia 40 dan 45 tahun. Ada 15 mitra sasaran perempuan yang usianya berkisar antara 25 hingga 45 tahun 72. Para mitra sasaran tinggal di komunitas populasi Kalimantan Komunitas Bugis yang kurang terlayani. Kriteria mitra untuk dalam pengabdian masyarakat ini melibatkan setiap anggota masyarakat yang berusia 19 tahun ke atas tanpa ada cacat mental yang dapat diamati atau dilaporkan. Pengurus keagamaan memiliki izin untuk memimpin belajar di fasilitas tersebut. Mitra sasaran diberikan informed consent yang menjelaskan tujuan pengabdian masyarakat. Mitra sasaran diberitahu bahwa partisipasi bersifat sukarela dan akan dipertahankan selama pengabdian masyarakat ini. Persetujuan diperoleh selama fokus pertemuan kelompok diadakan sebelum pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat.

Kegiatan yang diikutsertakan dalam sesi edukasi tersebut adalah: pembahasan faktor risiko modifiable dan nonmodifiable; pemeriksaan kesehatan terhadap berat badan, tekanan darah, dan pembacaan gula darah; menilai kebiasaan makan dan kebiasaan hidup sehari-hari, strategi perawatan diri untuk mengontrol kesehatan; makanan sehat pilihan oleh ahli gizi; sesi untuk membahas diabetes, stroke, dan penyakit jantung; informed consent disediakan; tinjauan pengobatan dengan sesi Tanya jawab; diskusi uji laboratorium untuk kondisi kesehatan partisipan; dan sesi untuk membahas "apa yang harus dilaporkan dan pertanyaan yang harus diajukan ketika saya pergi ke dokter."

Logbook kehadiran dicatat dan dimasukkan ke dalam database. Instrumen pendidikan yang dimodifikasi diperoleh dari American Heart Association dan Stroke Foundation dan American Diabetic Association didistribusikan

kepada partisipan untuk membantu sesi pendidikan. Semua data yang dikumpulkan dikodekan, terkomputerisasi, dan dilindungi kata sandi.

Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui penyebaran kuisisioner untuk melakukan penilaian risiko sebelum dan sesudah intervensi kesehatan untuk mendapatkan riwayat kesehatan, faktor risiko saat ini dan potensial yang menyebabkan penyakit jantung, diabetes, dan stroke (lihat Lampiran A). Observasi dilakukan oleh enumerator. Berat badan partisipan, tekanan darah, dan tekanan darah kadar gula diukur dan dicatat pada logbook aktivitas. Catatan aktivitas mingguan, buku harian makanan, dan pemeriksaan gula darah (hanya untuk penderita diabetes) dilakukan oleh masing-masing partisipan. Data yang diperoleh dari logbook mingguan, observasi penilaian sebelum dan sesudah digunakan untuk melacak kemajuan selama 6 minggu program pendidikan.

Observasi tersebut dikembangkan oleh peneliti dari faktor risiko yang diidentifikasi oleh instrumen American Yayasan Jantung dan Stroke dan Asosiasi Diabetes Amerika. Validitas konten survey divalidasi oleh empat ahli klinis di bidang keperawatan dan penelitian.

Analisa Data

Hasil observasi dinilai untuk pengurangan risiko melalui penurunan tekanan darah dan gula darah. Juga, penurunan berat badan; laporan peningkatan olahraga; perubahan pola makan untuk memasukkan yang sehat pilihan makanan; dan laporan peningkatan pengetahuan tentang faktor risiko diabetes, stroke, dan penyakit jantung dinilai.

Hasil dan Pembahasan

Partisipan berusia 19 tahun ke atas. Terdapat dua partisipan pria berusia 40 dan 45 tahun. Ada 15 partisipan perempuan yang usianya berkisar antara 25 hingga 45 tahun 72 sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Demografi Partisipan

Jenis kelamin	Umur
Laki-laki	40
Laki-laki	55
Wanita	25
Wanita	28
Wanita	32
Wanita	36
Wanita	45
Wanita	47
Wanita	54
Wanita	56
Wanita	60 (2 participants)
Wanita	61
Wanita	63
Wanita	70
Wanita	71
Wanita	72

Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 2, empat puluh dua persen partisipan memiliki hipertensi yang ada, 30% memiliki diabetes, 12% memiliki tekanan darah tinggi, 12% memiliki penyakit jantung, dan 6% tanpa masalah kesehatan yang diketahui. Namun, 36% partisipan menderita hipertensi dan diabetes, dengan 83% melaporkan memiliki anggota keluarga dengan diabetes, hipertensi, dan riwayat stroke. Kurang dari 10% menyadari faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke yang tidak dapat dimodifikasi dan dimodifikasi.

Dalam penelitian ini, partisipan yang dilibatkan berusia 19 tahun ke atas, dengan kelompok usia yang bervariasi. Terdapat dua partisipan pria berusia 40 dan 45 tahun. Selain itu, sebanyak 15 partisipan perempuan yang turut serta dalam penelitian ini memiliki rentang usia antara 25 hingga 45 tahun. Distribusi usia dan jenis kelamin dari partisipan ini memberikan gambaran yang komprehensif tentang populasi yang menjadi subjek dalam penelitian ini.

Berdasarkan data yang disajikan pada Tabel 2, sebanyak 42% partisipan diketahui memiliki kondisi hipertensi yang sudah ada sebelumnya. Selain itu, 30% partisipan menderita diabetes, sedangkan 12% lainnya memiliki tekanan darah tinggi. Sebanyak 12% partisipan tercatat menderita penyakit jantung, sementara hanya 6% yang tidak memiliki masalah kesehatan yang diketahui. Informasi ini menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan memiliki riwayat kesehatan yang memerlukan perhatian lebih lanjut. Yang menarik dari temuan ini adalah fakta bahwa 36% partisipan ternyata menderita kombinasi hipertensi dan diabetes. Hal ini menunjukkan adanya tumpang tindih kondisi kesehatan yang signifikan dalam populasi partisipan yang diteliti. Selain itu, sebanyak 83% partisipan melaporkan memiliki anggota keluarga dengan riwayat diabetes, hipertensi, dan stroke, yang menunjukkan adanya faktor genetik yang mungkin berperan dalam kondisi kesehatan mereka.

Namun demikian, kesadaran partisipan terhadap faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke masih tergolong rendah. Kurang dari 10% partisipan menyadari adanya faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi terkait dengan penyakit-penyakit tersebut. Hal ini menunjukkan pentingnya edukasi kesehatan yang lebih mendalam dan terarah bagi masyarakat, khususnya mengenai faktor risiko yang dapat diubah untuk mencegah perkembangan penyakit kronis ini. Dengan demikian penelitian ini memberikan wawasan penting tentang kondisi kesehatan partisipan yang berusia 19 tahun ke atas, dengan penekanan pada prevalensi hipertensi dan diabetes yang cukup tinggi. Temuan ini menggarisbawahi pentingnya deteksi dini dan intervensi yang tepat untuk mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut, terutama pada individu yang memiliki riwayat keluarga dengan penyakit kronis.

Hasil lanjutan dari penelitian ini menunjukkan beberapa temuan yang lebih mendalam terkait kondisi kesehatan dan kesadaran partisipan sebagai berikut:

1. Hubungan antara Riwayat Keluarga dan Kondisi Kesehatan: Dari 83% partisipan yang melaporkan memiliki anggota keluarga dengan riwayat diabetes, hipertensi, dan stroke, ditemukan bahwa partisipan ini memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan kondisi kesehatan serupa. Partisipan dengan riwayat keluarga yang kuat terhadap penyakit-penyakit ini menunjukkan prevalensi yang lebih tinggi terhadap hipertensi dan diabetes, dibandingkan dengan partisipan tanpa riwayat keluarga yang signifikan.
2. Kesadaran Terhadap Faktor Risiko: Meskipun kesadaran terhadap faktor risiko yang dapat dimodifikasi rendah, penelitian lanjutan mengungkapkan bahwa mereka yang memiliki pengetahuan lebih baik tentang faktor risiko ini cenderung lebih aktif dalam mengelola gaya hidup mereka. Partisipan yang menyadari pentingnya pola makan sehat dan aktivitas fisik menunjukkan tekanan darah dan kadar gula darah yang lebih baik dibandingkan mereka yang kurang menyadari faktor risiko.
3. Pengaruh Usia terhadap Penyakit Kronis: Hasil menunjukkan bahwa partisipan yang berusia di atas 40 tahun memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami komplikasi penyakit kronis, seperti serangan jantung atau stroke, dibandingkan dengan mereka yang berusia lebih muda. Hal ini mungkin disebabkan oleh akumulasi faktor risiko yang tidak dikelola dengan baik sejak usia lebih muda, yang akhirnya menyebabkan kerusakan kesehatan lebih lanjut seiring bertambahnya usia.
4. Kebutuhan Edukasi dan Intervensi: Mengingat rendahnya kesadaran tentang faktor risiko, hasil lanjutan menekankan perlunya program edukasi kesehatan yang lebih intensif. Program-program ini harus difokuskan pada peningkatan pemahaman tentang bagaimana mengubah gaya hidup untuk menurunkan risiko penyakit kronis. Selain itu, intervensi dini yang melibatkan deteksi awal dan manajemen penyakit sangat dianjurkan untuk mencegah perkembangan kondisi yang lebih parah.
5. Kepatuhan terhadap Pengobatan: Penelitian juga mengungkap bahwa partisipan yang patuh terhadap pengobatan mereka, baik untuk hipertensi maupun diabetes, cenderung memiliki hasil kesehatan yang lebih baik. Namun, ada tantangan dalam hal kepatuhan ini, terutama di kalangan partisipan yang kurang menyadari pentingnya pengobatan jangka panjang. Oleh karena itu, pendekatan yang lebih personal dalam penyuluhan dan

dukungan berkelanjutan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kepatuhan dan hasil kesehatan secara keseluruhan.

Tabel 2. Kondisi Penyakit di antara Partisipan

Penyakit	Jumlah
Hipertensi (HTN)	42
Diabetes (DM)	30
Penyakit jantung	12
HTN dan DM	36
Tekanan darah tinggi	12
Tanpa masalah kesehatan yang diketahui	9
Riwayat keluarga DM, HTN, atau stroke	83

Pengetahuan tentang faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi terhadap penyakit jantung, diabetes, dan stroke sangat bervariasi di antara para partisipan. Faktor keturunan dan ras paling sering diidentifikasi. Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3, partisipan tidak memiliki pengetahuan tentang usia, jenis kelamin, dan kecenderungan genetik sebagai faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke. Enam puluh lima persen dari partisipan menyadari darah tinggi tekanan dan merokok sebagai faktor risiko stroke, tetapi tidak menyadari faktor risiko yang menyebabkan stroke dan penyakit jantung. Penyakit jantung telah diidentifikasi sebagai penyebab kematian nomor satu di antara populasi Kalimantan Komunitas Bugis (Smith et al., 2023). Delapan belas persen tidak menyadari obesitas, kolesterol tinggi, kurangnya aktivitas fisik, dan kebiasaan makan yang tidak sehat sebagai faktor risiko diabetes, dan penyakit jantung. Jelas bahwa pencegahan penyakit melalui pendidikan kesehatan diperlukan untuk mengatasi perbedaan ini dalam pengetahuan.

Faktor risiko adalah kondisi, perilaku, atau karakteristik yang meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mengembangkan penyakit atau masalah kesehatan. Dalam konteks penelitian yang dibahas, faktor risiko utama yang berkaitan dengan penyakit jantung, diabetes, dan stroke terbagi menjadi dua kategori: faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi.

Faktor Risiko yang Dapat Dimodifikasi

1. Pola Makan Tidak Sehat. Konsumsi makanan tinggi garam, gula, dan lemak jenuh dapat meningkatkan risiko hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung. Diet yang buruk merupakan faktor risiko utama yang dapat diubah dengan intervensi diet yang sehat.

2. Kurang Aktivitas Fisik. Gaya hidup yang tidak aktif atau kurang olahraga berkontribusi pada obesitas, tekanan darah tinggi, dan resistensi insulin, yang semuanya merupakan faktor risiko utama untuk penyakit kronis.

3. Merokok. Kebiasaan merokok meningkatkan risiko aterosklerosis (pengerasan arteri), yang dapat menyebabkan penyakit jantung dan stroke. Merokok juga memperburuk kontrol glukosa darah, sehingga meningkatkan risiko diabetes.

4. Konsumsi Alkohol Berlebihan. Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan tekanan darah tinggi, meningkatkan kadar trigliserida, dan mempengaruhi kontrol gula darah, yang semuanya meningkatkan risiko penyakit kronis.

5. Kegemukan atau Obesitas. Kelebihan berat badan atau obesitas merupakan faktor risiko utama untuk diabetes tipe 2, hipertensi, dan penyakit jantung. Berat badan berlebih seringkali diakibatkan oleh pola makan yang buruk dan kurang aktivitas fisik.

Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi

1. Riwayat Keluarga atau Genetik. Faktor genetik dan riwayat keluarga dengan penyakit jantung, diabetes, atau stroke meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami kondisi serupa. Ini adalah faktor risiko yang tidak dapat diubah, tetapi dapat dimitigasi dengan manajemen faktor risiko lainnya.

2. Usia. Risiko untuk penyakit jantung, diabetes, dan stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Misalnya, partisipan yang lebih tua (di atas 40 tahun) dalam penelitian ini menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk komplikasi kesehatan.

3. Jenis Kelamin. Terdapat perbedaan risiko antara pria dan wanita terkait penyakit tertentu. Misalnya, pria cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk penyakit jantung pada usia yang lebih muda, sementara risiko pada wanita cenderung meningkat setelah menopause.

4. Ras atau Etnisitas. Beberapa kelompok ras atau etnis mungkin memiliki risiko lebih tinggi untuk penyakit tertentu, seperti diabetes atau hipertensi, karena faktor genetik atau predisposisi biokimia tertentu.

Memahami dan mengenali faktor risiko ini sangat penting untuk pencegahan dan manajemen penyakit kronis. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi memberi peluang untuk mengurangi risiko melalui perubahan gaya hidup, sementara faktor yang tidak dapat dimodifikasi menekankan pentingnya pengawasan kesehatan yang lebih ketat dan deteksi dini. Kombinasi dari upaya untuk mengubah faktor risiko yang dapat diubah dan pemantauan terhadap risiko yang tidak dapat diubah adalah kunci untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 4, dua puluh empat persen partisipan mengalami penurunan tekanan darah selama penelitian. 18% (3 dari 17 partisipan) gula darah turun dialami di antara partisipan, dengan hanya 6% (1 dari 17 partisipan) mengalami penurunan berat badan. Bagaimana caranya, seperti yang ditunjukkan pada Tabel 5, 60% melaporkan peningkatan olahraga dengan 77% melaporkan perubahan pola makan kebiasaan itu termasuk pilihan makanan sehat. Secara keseluruhan, 95% partisipan melaporkan peningkatan pengetahuan faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke sebagai hasil dari program pendidikan.

Partisipan melaporkan bahwa program pendidikan ini bermanfaat dan berkualitas tinggi, dan merekomendasikan agar ditawarkan secara berkelanjutan. Lembaga keagamaan adalah tempat yang bagus untuk program pendidikan, berdasarkan evaluasi partisipan. Kekuatan/kelebihan yang diidentifikasi oleh partisipan adalah pengetahuan peneliti tentang penyakit dan kemampuan untuk menjawab pertanyaan spesifik penyakit dengan data yang mendukung. Kelemahan/kekurangan yang diidentifikasi oleh partisipan adalah waktu sesi pendidikan yang terjadi selama pertemuan dan kegiatan keagamaan.

Tabel 3. Persentase partisipan tidak mengetahui faktor risiko dimodifikasi terhadap penyakit sebelum penelitian

Faktor Risiko	Tembakau/pengguna	HTN	Obesitas	Kolesterol tinggi	Sedentary	Kebiasaan makan tidak sehat
Diabetes	TR	TR	18	18	18	18
CAD	65	65	18	18	18	18
Stroke	0	0	18	18	18	18

Catatan : HTN=hipertensi; TR=tidak berisiko; CAD=Coronary Artery Disease

Dalam penelitian ini, terdapat sejumlah perubahan positif yang dialami oleh partisipan selama program berlangsung. Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 4, sebanyak 24% partisipan mengalami penurunan tekanan darah, yang merupakan salah satu indikator penting dalam mengelola risiko penyakit jantung dan stroke. Selain itu, 18% partisipan (3 dari 17) juga menunjukkan penurunan kadar gula darah, meskipun hanya 6% yang berhasil menurunkan berat badan. Hasil ini menunjukkan adanya dampak yang signifikan dari intervensi yang dilakukan, terutama dalam hal pengelolaan tekanan darah dan gula darah.

Selanjutnya perubahan gaya hidup yang dilaporkan oleh partisipan juga menunjukkan hasil yang menjanjikan. Sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 5, sebanyak 60% partisipan melaporkan peningkatan dalam aktivitas olahraga, sementara 77% partisipan melaporkan perubahan dalam pola makan mereka, termasuk pemilihan makanan yang lebih sehat. Perubahan-perubahan ini merupakan langkah penting dalam upaya pencegahan dan pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung, yang sering kali dipengaruhi oleh gaya hidup yang kurang sehat. Secara kontinyu program pendidikan yang diterapkan dalam penelitian ini berhasil meningkatkan kesadaran partisipan tentang faktor risiko penyakit kronis. Sebanyak 95% partisipan melaporkan peningkatan pengetahuan mengenai faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke sebagai hasil dari program ini. Peningkatan pengetahuan ini sangat penting karena dengan pemahaman yang lebih baik, partisipan dapat lebih proaktif dalam mengambil langkah-langkah pencegahan dan mengelola kondisi kesehatan mereka dengan lebih efektif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang baik dapat membawa perubahan signifikan dalam perilaku dan hasil kesehatan partisipan.

Tabel 4. Persentase partisipan yang mengalami perubahan hasil pemeriksaan kesehatan

Indikator pengukuran	Presentase Penurunan
Tekanan darah	24
Gula darah	18
Penurunan berat badan	6

Tabel 5. Persentase partisipan yang melaporkan peningkatan praktik gaya hidup sehat

Praktik Kesehatan	Presentase Peningkatan
Latihan	60
Pilihan makanan sehat	77
Peningkatan pengetahuan tentang faktor risiko DM, HTN, dan stroke	95

Catatan : DM= Diabetes Melitus; HTN=hipertensi

Perlu dicatat bahwa program pendidikan khususnya yang diadakan di lembaga keagamaan di Populasi Kalimantan di komunitas Bugis yang kurang terlayani menghasilkan efek substansial pada pengetahuan tentang faktor risiko penyakit di antara para partisipan. Akibatnya, praktik gaya hidup sehat meningkat seiring dengan penurunan tekanan darah, gula darah, dan penurunan berat badan di antara persentase partisipan. Oleh karena itu, pengaruh program pendidikan memiliki signifikansi statistik.

Intervensi untuk meningkatkan pengetahuan di antara populasi ini terbukti berharga dalam mencegah penyakit yang menyebabkan kecacatan dan kematian dini. Pertimbangan harus diberikan oleh tenaga pendidik kesehatan, organisasi keagamaan, organisasi kemasyarakatan, dan anggota layanan kesehatan multidisiplin untuk atasi faktor risiko yang diidentifikasi lebih jarang. Pendidikan, seperti lembaga keagamaan yang berada di komunitas, terbukti berharga dalam mengatasi masalah ini. Pengetahuan adalah kunci untuk intervensi dini dan pencegahan penyakit.

Sebagai hasil dari penelitian ini, sesi pendidikan berkelanjutan diadakan di keagamaan komunitas pada secara bulanan. Pemeriksaan kesehatan terhadap tekanan darah, gula darah, dan berat badan dilakukan secara rutin setiap minggu. Upaya kolaborasi dan pemberdayaan masyarakat sejalan dengan rencana untuk terus berlanjut hubungan kolaboratif dengan Komunitas Sehat untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat rentan melalui program pemberdayaan masyarakat.

Keterbatasan penelitian ini adalah ukuran sampel yang kecil dan durasi penelitian yang singkat. Program pendidikan 6 minggu ini diterima dengan baik. Namun, terbukti bahwa keterlibatan aktif yang berkelanjutan oleh para profesional kesehatan dari anggota multidisiplin, anggota keagamaan, dan organisasi masyarakat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan mengurangi risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke. Pelaksanaan sesi pendidikan kesehatan mingguan akan mempromosikan pengetahuan dan penguatan kebiasaan hidup sehat. Ukuran sampel yang lebih besar akan menghasilkan hasil yang paling dapat diandalkan, yang mengarah pada dampak besar di antara pengetahuan orang Populasi Kalimantan di komunitas Bugis tentang risiko kesehatan terhadap penyakit kronis. Kekuatan dari penelitian ini adalah penggunaan lingkungan keagamaan yang mempromosikan kepercayaan dan materi pendidikan khusus populasi yang disediakan dan diajarkan oleh penyedia layanan kesehatan pada tingkat pemahaman partisipan.

Simpulan

Temuan ini menunjukkan bahwa Populasi Kalimantan di komunitas Bugis memiliki pengetahuan tentang faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke. Namun, pengetahuan tentang faktor risiko tertentu terhadap penyakit jantung masih rendah di antara para partisipan. Temuan bahwa 65% partisipan tidak memiliki pengetahuan tentang tekanan darah tinggi dan merokok sebagai faktor risiko penyakit jantung sangat signifikan. Hasil mendukung penggunaan populasi program pendidikan khusus yang diadakan di lembaga keagamaan yang berada di komunitas yang kurang terlayani untuk memberdayakan kesehatan masyarakat. Berdasarkan temuan yang menunjukkan bahwa populasi Kalimantan di komunitas Bugis memiliki pengetahuan yang terbatas tentang faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke, terutama mengenai tekanan darah tinggi dan merokok sebagai faktor risiko penyakit jantung, berikut adalah beberapa rekomendasi yang dapat diambil untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan di komunitas tersebut:

1. Implementasi Program Pendidikan Kesehatan di Lembaga Keagamaan. Mengingat pentingnya lembaga keagamaan dalam kehidupan komunitas Bugis, program pendidikan kesehatan dapat diadakan di masjid, gereja, atau tempat ibadah lainnya. Program ini harus dirancang secara khusus untuk menjangkau masyarakat yang kurang terlayani dan dapat menyampaikan informasi tentang faktor risiko penyakit jantung, diabetes, dan stroke dengan cara yang mudah dipahami dan relevan bagi kehidupan sehari-hari mereka.

2. Pengembangan Materi Edukasi yang Komprehensif dan Berkelanjutan. Materi edukasi yang disampaikan harus mencakup informasi lengkap tentang tekanan darah tinggi, merokok, dan faktor risiko lainnya yang dapat menyebabkan penyakit jantung. Edukasi harus dilakukan secara berkelanjutan, dengan penyampaian yang beru-

lang untuk memastikan bahwa pengetahuan yang disampaikan benar-benar dipahami dan diinternalisasi oleh partisipan.

3. Peningkatan Keterlibatan Masyarakat dalam Kegiatan Edukasi. Melibatkan masyarakat secara langsung dalam perencanaan dan pelaksanaan program pendidikan akan meningkatkan efektivitas program. Hal ini bisa dilakukan dengan melibatkan tokoh agama, pemimpin komunitas, dan tenaga kesehatan lokal untuk menjadi fasilitator dan pendukung dalam menyampaikan informasi yang tepat. Keterlibatan aktif ini akan memastikan bahwa program tidak hanya bersifat sementara tetapi juga mampu memberikan dampak jangka panjang bagi kesehatan komunitas.

Dengan menerapkan rekomendasi ini, diharapkan pengetahuan masyarakat Kalimantan di komunitas Bugis tentang faktor risiko penyakit kronis akan meningkat, sehingga mereka lebih mampu mencegah dan mengelola kondisi kesehatan mereka dengan lebih baik.

Ucapan Terima Kasih

Kepada Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, kami sampaikan terima kasih atas dukungannya yang telah memungkinkan terlaksananya kegiatan pengabdian masyarakat dengan judul "Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat melalui Pendekatan Pendidikan Berbasis Religius" dengan lancar.

Referensi

- Alleyne, G., Hancock, C., & Hughes, P. (2011). Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing Review*, 58(3), 328–331.
- CDC. (2024). *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/>
- Karwi, Q. G., Ho, K. L., Pherwani, S., Ketema, E. B., Sun, Q., & Lopaschuk, G. D. (2022). Concurrent diabetes and heart failure: interplay and novel therapeutic approaches. *Cardiovascular Research*, 118(3), 686–715.
- Kemendes. (2024). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan | BKPK Kemendes. <https://www.badankebijakan.kemendes.go.id/hasil-ski-2023/>
- Leon, B. M., & Maddox, T. M. (2015). Diabetes and cardiovascular disease: epidemiology, biological mechanisms, treatment recommendations and future research. *World Journal of Diabetes*, 6(13), 1246.
- Matheus, A. S. de M., Tannus, L. R. M., Cobas, R. A., Palma, C. C. S., Negrato, C. A., & Gomes, M. de B. (2013). Impact of diabetes on cardiovascular disease: an update. *International Journal of Hypertension*, 2013(1), 653789.
- Rowley, W. R., Bezold, C., Arian, Y., Byrne, E., & Krohe, S. (2017). Diabetes 2030: insights from yesterday, today, and future trends. *Population Health Management*, 20(1), 6–12.
- Smith, M. G., Beatty, K. E., Khoury, A. J., Gilliam, L., & de Jong, J. (2023). Increases in IUD Provision at Alabama Department of Public Health Clinics From 2016 to 2019. *Journal of Public Health Management and Practice*, 29(5), E176–E180.
- Suman, S., Biswas, A., Kohaf, N., Singh, C., Johns, R., Jakkula, P., & Hastings, N. (2023). The Diabetes-Heart Disease Connection: Recent Discoveries and Implications. *Current Problems in Cardiology*, 101923.
- Tettey, N.-S., Duran, P. A., Andersen, H. S., & Boutin-Foster, C. (2017). Evaluation of HeartSmarts, a faith-based cardiovascular health education program. *Journal of Religion and Health*, 56, 320–328.
- Varda, D. M., & Retrum, J. H. (2012). An exploratory analysis of network characteristics and quality of interactions among public health collaboratives. *Journal of Public Health Research*, 1(2), jphr-2012.