SEWAGATI, Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, 10(5), 2026 (e-ISSN:2613-9960)

DOI: https://doi.org/10.12962/j26139960.v10i5.11014 | Naskah Masuk 23-08-2026; | Naskah Diulas 26-10-2026; | Naskah Diterima 26-10-2026; | Dipublikasikan Online 31-10-2026

Pemberdayaan Kader PKK melalui Pelatihan Skrining Kolesterol Berbasis POCT untuk Mendukung Posyandu Lansia di Desa Banjar Anyar, Tabanan, Bali

Empowering PKK Cadres through Point-of-Care-Testing Cholesterol Screening Training to Strengthen Geriatric Health in Banjar Anyar Village,Tabanan Bali

Gusti Ayu Made Ratih | Ida Bagus Made Putra Mahendra | Putu Ayu Suryaningsih | Luh Ade Wilan Krisna*

[1]Jurusan Teknologi Laboratorium Medis, Poltekkes Kemenkes Denpasar, Bali, Indonesia.

Korespondensi

*Luh Ade Wilan Krisna, Jurusan Teknologi Laboratorium Medis Poltekkes Kemenkes Denpasar. Alamat e-mail: wilankrisna@poltekkes-denpasar.ac.id

Alamat

Laboratorium Sitohistoteknologi, Jurusan Teknologi Laboratorium Medis, Poltekkes Kemenkes Denpasar.

ABSTRAK

Penyakit tidak menular (PTM), termasuk penyakit kardiovaskular, memerlukan deteksi dini faktor risiko dan edukasi pada kelompok lanjut usia. Di Desa Banjar Anyar, Tabanan, skrining kolesterol total belum menjadi bagian dari pelayanan rutin Posyandu Lansia karena keterbatasan sarana dan keterampilan kader. Kegiatan pengabdian ini bertujuan meningkatkan pengetahuan 30 kader PKK tentang PTM serta memberikan pelatihan skrining kolesterol menggunakan *point-of-care testing* (POCT). Kegiatan meliputi edukasi interaktif, demonstrasi dan praktik POCT, pendampingan skrining pada 50 lansia, serta penyerahan 13 set alat POCT. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 65,33 ± 5,71 pada pretest menjadi 96,33 ± 7,18 pada posttest. Karena distribusi selisih skor tidak normal (Shapiro–Wilk W = 0,794; p < 0,001), perbedaan dianalisis dengan uji Wilcoxon *signed-rank* dan menunjukkan hasil signifikan (p < 0,001). Rerata N-Gain individual sebesar 0,908 termasuk kategori tinggi. Skrining menemukan 21 lansia (42%) dalam kategori normal/diinginkan, 18 (36%) kategori batas tinggi, dan 11 (22%) kategori tinggi. Program ini mendukung peningkatan pengetahuan kader dan ketersediaan sarana skrining, sementara kompetensi mandiri dan keberlanjutan pelayanan masih perlu dievaluasi.

Kata Kunci:

kader PKK; kolesterol; lanjut usia; penyakit tidak menular; *point-of-care testing*.

ABSTRACT

Non-communicable diseases (NCDs), including cardiovascular diseases, require early risk detection and health education among older adults. In Banjar Anyar Village, Tabanan, total cholesterol screening had not been routinely incorporated into elderly community health-post services because of limited equipment and cadre skills. This community-service program aimed to improve NCD knowledge among 30 PKK cadres and provide training in cholesterol screening using point-of-care testing (POCT). Activities included interactive education, POCT demonstration and practice, supervised screening for 50 older adults, and provision of 13 POCT sets. Mean knowledge scores increased from 65.33 ± 5.71 before training to 96.33 ± 7.18 after training. As the distribution of paired score differences was non-normal (Shapiro–Wilk W = 0.794; p < 0.001), the Wilcoxon signed-rank test was used and indicated a significant difference (p < 0.001). The mean individual normalized gain (N-Gain) was 0.908, classified as high. Screening identified 21 older adults (42%) in the desirable category, 18 (36%) in the borderline-high category, and 11 (22%) in the high category. The program supported improvements in cadre knowledge and the availability of screening equipment; independent competence and sustained service delivery require further evaluation.

Keywords:

elderly; non-communicable diseases; point-of-care testing; PKK cadres; total cholesterol..

1 | PENDAHULUAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) atau *Non-Communicable Diseases* (NCDs) merupakan kelompok penyakit kronis yang tidak ditransmisikan dari orang ke orang, berdurasi panjang, dan umumnya berkembang secara perlahan[1, 2]. Menurut data *World Health Organization* (WHO), PTM bertanggung jawab atas hampir 74% dari seluruh angka kematian secara global[3]. Empat

jenis PTM utama—yakni penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan diabetes mellitus—menyumbang lebih dari 80% dari total kematian dini akibat PTM[3, 4]. Di Indonesia, pergeseran pola penyakit menunjukkan epidemiologi penyakit degeneratif dan PTM yang terus meningkat tajam[2, 5, 6]. Hipertensi menduduki posisi teratas sebagai salah satu faktor risiko utama terjadinya kejadian *stroke*, infark miokard, dan gagal jantung[7–10].

Kabupaten Tabanan merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Bali dengan sebaran penduduk terbanyak berada di Kecamatan Kediri[11]. Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten Tabanan, cakupan pelayanan kesehatan penderita hipertensi di wilayah ini tergolong masih rendah, yakni baru mencapai 42,6%[12]. Di antara seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Tabanan, wilayah kerja Puskesmas Kediri I menduduki peringkat pertama dengan akumulasi penderita hipertensi terbanyak, yaitu mencapai 2.733 orang, serta menjadi penyakit nomor satu dalam daftar 10 besar penyakit terbanyak dengan 1.395 kunjungan[12]. Desa Banjar Anyar merupakan desa terbesar di wilayah kerja Puskesmas Kediri I dengan jumlah penduduk pada tahun 2025 mencapai 10.346 jiwa yang tersebar di 13 Banjar Dinas[11]. Tingginya populasi lansia di Desa Banjar Anyar menuntut adanya upaya promotif dan preventif kesehatan yang terstruktur[11–13].

Faktor risiko PTM, khususnya hipertensi dan penyakit kardiovaskular, dipengaruhi oleh komplikasi hiperkolesterolemia (dislipidemia)[7, 8]. Penumpukan kolesterol total pada dinding pembuluh darah (aterosklerosis) menyebabkan penyempitan pembuluh darah arteri, memaksa jantung bekerja ekstra keras memompa darah, yang secara langsung meningkatkan tekanan darah sistolik dan diastolic[7, 9]. Kendati Posyandu Lansia di Desa Banjar Anyar telah rutin diselenggarakan sebulan sekali, kegiatan pelayanan kesehatan rutin selama ini masih terbatas pada pengukuran tekanan darah, glukosa darah, dan asam urat[12, 14]. Skrining kadar kolesterol total belum pernah dilakukan karena ketiadaan sarana alat ukur mandiri serta keterbatasan keterampilan teknis para kader kesehatan[12].

Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) memiliki struktur organisasi yang solid di setiap banjar dinas[12, 15]. Kader PKK yang juga berperan sebagai kader Posyandu Lansia memiliki potensi strategis sebagai *agent of change* dalam menyampaikan promosi kesehatan dan memandu deteksi dini PTM di lingkungan Masyarakat[12, 15, 16]. Namun, analisis situasi awal menunjukkan bahwa kader PKK di Desa Banjar Anyar belum memiliki pemahaman mendalam mengenai faktor risiko PTM komprehensif, serta belum menguasai keterampilan pengoperasian alat ukur kolesterol berbasis *Point-of-Care Testing* (POCT)[12, 17].

Program pengabdian ini menawarkan empat kegiatan yang saling berkaitan: (1) edukasi interaktif tentang PTM, faktor risiko, dan pencegahannya dengan bantuan poster; (2) demonstrasi dan praktik penggunaan alat POCT kolesterol, termasuk pengambilan darah kapiler dan keselamatan kerja; (3) pendampingan skrining kolesterol pada lansia serta edukasi dan arahan tindak lanjut berdasarkan hasil; dan (4) penyerahan 13 set alat POCT untuk mendukung akses sarana di 13 Banjar Dinas. Program ini mendukung SDG 3 (Kehidupan Sehat dan Sejahtera), khususnya upaya promotif dan preventif, serta SDG 17 (Kemitraan untuk Mencapai Tujuan) melalui kerja sama perguruan tinggi, pemerintah desa, kader, dan Puskesmas. Dukungan berkelanjutan diharapkan melalui pemanfaatan sarana dan koordinasi tindak lanjut, tetapi dampak jangka panjang perlu dinilai melalui pemantauan berkala.

2 | TINJAUAN PUSTAKA

2.1 | Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Komplikasi Hiperkolesterolemia

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan kelompok penyakit kronis yang perkembangannya berlangsung lambat dalam jangka waktu panjang dan tidak ditularkan antarmanusia[1, 2]. WHO mencatat bahwa PTM bertanggung jawab atas 74% kematian secara global, dengan penyakit kardiovaskular sebagai penyumbang angka kematian tertinggi[3, 4]. Di Indonesia dan Provinsi Bali, prevalensi PTM seperti hipertensi dan komplikasi dislipidemia mengalami peningkatan yang signifikan[2, 5, 6, 10]. Kadar kolesterol total yang melebihi batas normal (≥200 mg/dL) berpotensi membentuk plak aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, yang memaksa jantung memompa darah dengan tekanan lebih tinggi sehingga memperberat hipertensi[7–9].

Hipertensi dan dislipidemia (khususnya hiperkolesterolemia) memiliki hubungan patofisiologis yang erat[3, 12]. Kadar kolesterol total darah yang melebihi batas normal (≥200 mg/dL) berpotensi membentuk plak pada dinding pembuluh darah (aterosklerosis)[3]. Proses aterosklerosis menyebabkan penyempitan dan penurunan elastisitas pembuluh darah arteri, yang memaksa jantung memompa darah dengan tekanan lebih tinggi[3]. Penumpukan plak kolesterol secara terus-menerus yang tidak terdeteksi sejak dini meningkatkan risiko hipertensi, penyakit jantung koroner (PJK), dan komplikasi kardiovaskular fatal lainnya[3, 12].

2.2 | Peran Posyandu Lansia dalam Pelayanan Kesehatan Primer

Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM dan Posyandu Lansia merupakan bentuk Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang menyelenggarakan pelayanan promotif dan preventif secara periodik[8]. Sasaran utama Posyandu Lansia adalah mendeteksi secara dini faktor risiko PTM, memantau kondisi kesehatan masyarakat usia lanjut, serta memberikan konseling gaya hidup sehat[2, 8].

Pelayanan standar Posyandu Lansia idealnya mencakup pemeriksaan penunjang sederhana untuk memetakan faktor risiko kardiovaskular secara berkala[2, 5]. Namun, pada pelaksanaannya di tingkat desa, pelayanan kesehatan rutin sering kali terbatas pada pengukuran tekanan darah, glukosa darah, dan asam urat[1, 8]. Tidak tersedianya skrining kolesterol secara rutin menjadi celah (*gap*) dalam pemantauan risiko hipertensi dan PJK secara komprehensif pada kelompok lansia[1, 3].

2.3 | Pemberdayaan Kader PKK sebagai Agen Perubahan (Agent of Change)

Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) merupakan organisasi kemasyarakatan yang memiliki struktur solid dan mengakar hingga ke tingkat kelompok Dasawisma di setiap banjar dinas[1]. Kader PKK yang juga bertindak sebagai kader Posyandu Lansia memiliki kedekatan sosial-budaya dengan masyarakat setempat, sehingga sangat efektif berperan sebagai *role model* dan *agent of change* dalam promosi kesehatan[1, 11].

Strategi pemberdayaan kader mengadopsi 5 pilar utama *community empowerment*[7], yaitu:

1. Pemungkinan (*Enabling*): Menciptakan iklim pembelajaran yang suportif untuk mengenali potensi kader di tingkat desa.
2. Penguatan (*Empowering*): Meningkatkan wawasan teoritis dan keterampilan praktis kader melalui pendidikan kesehatan dan pelatihan langsung.
3. Perlindungan (*Protecting*): Mencegah terjadinya komplikasi kesehatan pada masyarakat melalui pendekatan preventif..
4. Penyokongan (*Supporting*): Memberikan bimbingan dan pendampingan bertahap hingga kader mampu menjalankan fungsi pelayanan secara mandiri.
5. Pemeliharaan (*Fostering*): Memastikan keberlanjutan program melalui penyerahan sarana pendukung (alat medis dan media edukasi).

2.4 | Penerapan Teknologi Tepat Guna Point-of-Care Testing (POCT)

Point-of-Care Testing (POCT) adalah pemeriksaan laboratorium sederhana yang dilakukan di dekat atau di lokasi perawatan pasien[10]. Alat POCT kolesterol menawarkan beberapa keunggulan klinis dan praktis untuk pelayanan kesehatan masyarakat berbasis komunitas, antara lain:

- Kecepatan Hasil: Waktu analisis yang relatif singkat (dalam hitungan detik).
- Kemudahan Operasional: Hanya memerlukan volume darah kapiler yang sangat sedikit (1–2 μL) dari spesimen tusukan jari (*fingerstick*).
- Portabilitas: Alat berukuran kecil, bertenaga baterai, dan mudah dibawa ke balai banjar maupun Posyandu Lansia[1, 10].

Meskipun POCT sangat praktis, keberhasilan penggunaannya oleh kader non-tenaga medis membutuhkan pelatihan standar operasional prosedur (SOP) yang ketat[1, 10]. Pelatihan meliputi teknik flebotomi kapiler aseptik, penanganan sampel yang benar, penafsiran angka digital, serta manajemen pembuangan limbah medis tajam menggunakan *safety box* untuk mencegah risiko infeksi silang[1].

3 | METODE KEGIATAN

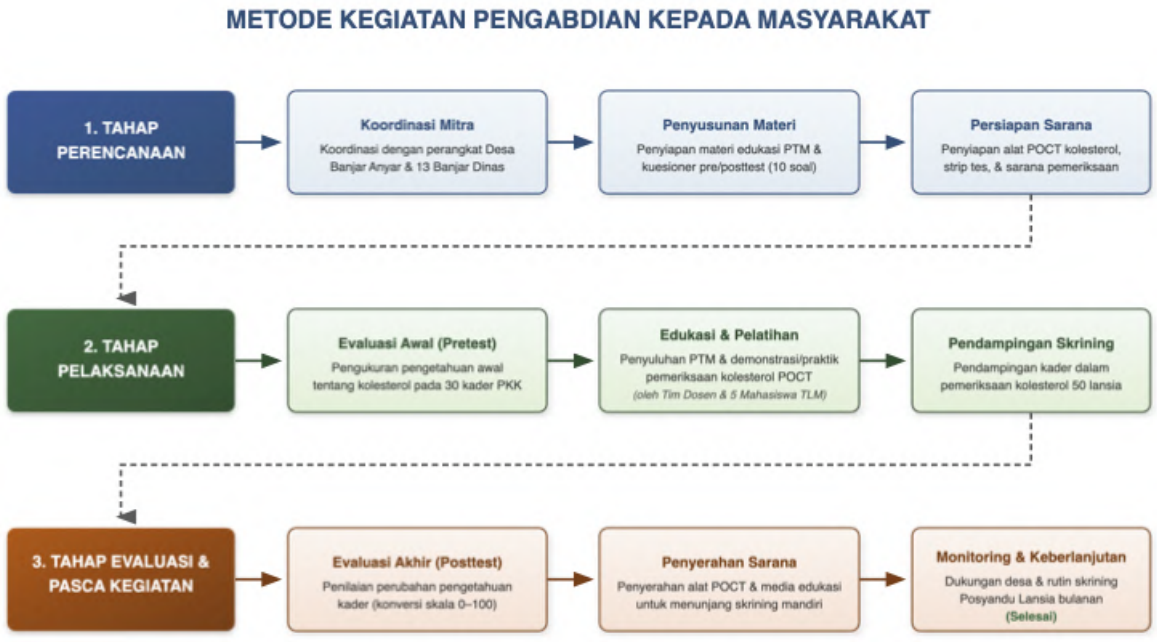
Kegiatan pengabdian kepada masyarakat dilaksanakan di Desa Banjar Anyar, Kecamatan Kediri, Kabupaten Tabanan, Bali, pada Maret–September 2026. Kegiatan melibatkan 30 kader PKK dari 13 Banjar Dinas sebagai peserta peningkatan kapasitas

dan 50 lansia sebagai sasaran skrining. Tim pelaksana terdiri atas dosen bidang farmasi, patologi klinik, kesehatan masyarakat, dan hematologi, serta lima mahasiswa Jurusan Teknologi Laboratorium Medis Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Pelaksanaan kegiatan mengikuti tahapan yang sistematis, meliputi: (1) koordinasi dan persiapan, yaitu koordinasi dengan mitra serta penyiapan materi edukasi dan sarana pemeriksaan; (2) evaluasi awal, melalui pretest untuk mengukur pengetahuan kader tentang kolesterol; (3) edukasi kesehatan, berupa penyampaian materi penyakit tidak menular (PTM), faktor risiko, pencegahan, dan pentingnya skrining kolesterol; (4) pelatihan pemeriksaan, melalui demonstrasi dan praktik pemeriksaan kolesterol menggunakan *point-of-care testing* (POCT); (5) pendampingan skrining, yaitu pelaksanaan pemeriksaan kolesterol terhadap 50 lansia; (6) evaluasi akhir, melalui posttest untuk menilai perubahan pengetahuan kader; serta (7) penyerahan sarana pendukung, berupa alat POCT dan media edukasi untuk menunjang kegiatan skrining.

Evaluasi pengetahuan menggunakan kuesioner pretest dan posttest yang terdiri atas 10 soal pilihan ganda, mencakup pengertian kolesterol tinggi, dampaknya terhadap pembuluh darah dan jantung, pola makan sehat, upaya pencegahan, aktivitas fisik, pengendalian berat badan, serta pentingnya pemeriksaan kolesterol pada lansia. Setiap jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah skor 0. Skor total kemudian dikonversi ke skala 0–100 dan dibandingkan antara pretest dan posttest untuk menilai perubahan pengetahuan kader.

Keberlanjutan program diarahkan melalui dukungan pemerintah desa terhadap pemberdayaan kader dan pelaksanaan skrining PTM pada Posyandu Lansia bulanan. Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk menilai pemanfaatan sarana pendukung serta kesinambungan pelayanan skrining di tingkat banjar.



Gambar 1 Diagram alur kegiatan pengabdian kepada masyarakat

3.1 | Evaluasi dan Analisis Data

Skor pengetahuan 30 kader dianalisis secara berpasangan. Normalitas distribusi selisih skor pretest–posttest diuji menggunakan Shapiro–Wilk. Hasil menunjukkan distribusi selisih tidak normal ($W = 0{,}794$; $p < 0{,}001$), sehingga uji Wilcoxon *signed-rank* digunakan untuk menguji perbedaan skor pretest dan posttest. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan peningkatan skor yang signifikan ($V = 0$; $p < 0{,}001$). Uji homogenitas tidak diperlukan untuk analisis berpasangan ini. N-Gain dihitung untuk setiap peserta menggunakan rumus $g = (\text{skor posttest} - \text{skor pretest})/(\text{skor maksimum} - \text{skor pretest})$, dengan skor maksimum 100; nilai rerata individual digunakan untuk menentukan kategori peningkatan.

$$N - Gain = \frac{\text{Skor Posttest} - \text{Skor Pretest}}{\text{Skor Maksimal} - \text{Skor Pretest}} \quad (1)$$

Kategori N-Gain yang digunakan adalah tinggi ($g \geq 0{,}70$), sedang ($0{,}30 \leq g < 0{,}70$), dan rendah ($g < 0{,}30$)[18].

Berdasarkan perhitungan individual, rerata N-Gain adalah 0,908 (90,8%), termasuk kategori tinggi. Rerata peningkatan skor absolut adalah 31,0 poin.

4 | HASIL DAN DISKUSI

4.1 | Peningkatan Pengetahuan Kader PKK mengenai PTM

Pelaksanaan edukasi interaktif menggunakan media poster yang atraktif memberikan dampak nyata terhadap peningkatan pemahaman 30 kader PKK Desa Banjar Anyar. Berdasarkan hasil pengolahan data pengukuran pretest dan posttest dari 30 peserta kader, didapatkan ringkasan statistik deskriptif sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 Distribusi Statistik Nilai Pretest, Posttest, dan N-Gain Pengetahuan Kader PKK (n=30)

Parameter statistik	Pretest	Posttest	Selisih (post–pre)
Rerata ± SD	65,33 ± 5,71	96,33 ± 7,18	31,00 ± 6,62
Minimum–maksimum	60–80	80–100	—
Rerata N-Gain individual	—	0,908 (90,8%)	Kategori tinggi
Uji Wilcoxon *signed-rank*	$V = 0$; $p < 0{,}001$		
Uji normalitas selisih (Shapiro–Wilk)	$W = 0{,}794$; $p < 0{,}001$		

Pada 30 kader, rerata skor meningkat dari 65,33 ± 5,71 pada pretest menjadi 96,33 ± 7,18 pada posttest. Skor pretest berkisar 60–80, sedangkan skor posttest berkisar 80–100. Rerata selisih skor adalah 31,00 ± 6,62 poin. Sebanyak 23 kader (76,7%) memperoleh skor posttest 100, tiga kader (10,0%) memperoleh skor 90, dan empat kader (13,3%) memperoleh skor 80.

Uji Shapiro–Wilk pada selisih skor menunjukkan distribusi tidak normal ($W = 0{,}794$; $p < 0{,}001$). Oleh karena itu, perbandingan berpasangan dianalisis dengan uji Wilcoxon *signed-rank*, yang menunjukkan perbedaan signifikan antara pretest dan posttest ($V = 0$; $p < 0{,}001$). Rerata N-Gain individual sebesar 0,908 (90,8%) termasuk kategori tinggi. Peningkatan ini menunjukkan bahwa edukasi berkaitan dengan peningkatan pengetahuan kader pada pengukuran segera setelah kegiatan; desain tanpa kelompok pembanding tidak memungkinkan atribusi kausal yang lebih kuat.

4.2 | Peningkatan Keterampilan Teknis POCT Kolesterol Kader

Pelatihan Teknis Penggunaan POCT Kolesterol Pelatihan penggunaan *point-of-care testing* (POCT) kolesterol dilaksanakan melalui penjelasan prosedur, demonstrasi oleh tim pengabdi, serta praktik dengan pendampingan. Materi pelatihan meliputi kebersihan tangan dan pencegahan infeksi, persiapan lokasi penusukan, pengambilan darah kapiler sesuai standar operasional prosedur (SOP) dan petunjuk penggunaan alat, aplikasi sampel pada strip, pembacaan dan pencatatan hasil, serta pengelolaan *lancet* dan bahan terkontaminasi sesuai prosedur keselamatan.

Praktik pemeriksaan menekankan penerapan prinsip keselamatan kerja, penggunaan *lancet* sekali pakai, kenyamanan lansia selama pemeriksaan, serta pembuangan limbah tajam pada wadah yang sesuai. Kader juga memperoleh penjelasan mengenai penyampaian hasil skrining secara tepat, dengan menegaskan bahwa hasil POCT merupakan informasi skrining awal dan bukan dasar untuk menetapkan diagnosis secara mandiri. Pelatihan dan pendampingan memberikan kesempatan kepada kader untuk mempraktikkan tahapan pemeriksaan di bawah supervisi tim pengabdi.

Hasil Evaluasi Pengetahuan Kader Evaluasi pengetahuan dilakukan melalui pretest dan posttest menggunakan kuesioner yang terdiri atas 10 soal pilihan ganda. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa rerata skor pengetahuan kader meningkat dari 65,33 ± 5,71 pada pretest menjadi 96,33 ± 7,18 pada posttest, dengan peningkatan rerata sebesar 31 poin. Analisis menggunakan uji Wilcoxon menunjukkan perbedaan skor yang bermakna secara statistik ($p < 0{,}001$). Nilai N-gain sebesar 0,908 termasuk dalam kategori tinggi. Hasil ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan kader setelah mengikuti edukasi dan pelatihan.

4.3 | Hasil Pelayanan Skrining Kesehatan Kolesterol Lansia

Dalam sesi pendampingan pelayanan kesehatan, sebanyak 50 orang lansia di Desa Banjar Anyar (Gambar 2) telah menjalani skrining kadar kolesterol total kapiler. Distribusi hasil pemeriksaan kolesterol pada lansia disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2 Kategori Kadar Kolesterol Total Darah pada Lansia Sasaran (n=50)

Kategori Kolesterol Total	Rentang Nilai (mg/dL)	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
Normal / *Desirable*	<200 mg/dL	21	42,0%
Batas Tinggi / *Borderline High*	200-239 mg/dL	18	36,0%
Tinggi / *High Risk*	≥240 mg/dL	11	22,0%
Total		**50**	**100,0%**

Hasil skrining menunjukkan bahwa sebanyak 58,0% lansia (29 orang) memiliki kadar kolesterol di atas batas normal (36,0% *borderline high* dan 22,0% *high risk*). Temuan ini linier dengan tingginya prevalensi hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kediri I. Lansia yang terdeteksi memiliki kadar kolesterol total ≥200 mg/dL langsung diberikan edukasi pola makan rendah lemak, dorongan aktivitas fisik ringan teratur, serta dirujuk ke Puskesmas Kediri I untuk penanganan medis lanjutan.



(a) (b)

Gambar 2 Pemberian edukasi Penyakit Tidak Menular (PTM) kepada kader PKK dan pndampingan pemeriksaan laboratorium sederhana berbasis *Point-of-Care Testing* (POCT) kolesterol serta pencatatan hasil skrining kesehatan lansia di Desa Banjar Anyar, Tabanan.

4.4 | Keberlanjutan Program dan Keberhasilan Luaran

Dalam pelaksanaan kegiatan, tim pengabdi menyerahkan 13 set alat POCT kolesterol beserta kelengkapan pemeriksaan yang tersedia dan 30 poster edukasi kepada Pemerintah Desa Banjar Anyar. Penyerahan sarana tersebut merupakan bentuk dukungan awal untuk menunjang pelaksanaan skrining kolesterol pada Posyandu Lansia. Untuk menilai keberlanjutan program, diperlukan monitoring dan evaluasi berkala bersama pemerintah desa dan Puskesmas. Evaluasi direkomendasikan mencakup lima indikator, yaitu: (1) pemanfaatan alat POCT, berdasarkan frekuensi penggunaan alat pada setiap banjar; (2) ketersediaan bahan habis pakai, meliputi strip kolesterol dan *lancet*; (3) kesinambungan pelayanan, berdasarkan frekuensi skrining lanjutan dan jumlah lansia yang diperiksa; (4) pelaksanaan prosedur pemeriksaan, berdasarkan kepatuhan kader terhadap standar operasional prosedur (SOP); serta (5) dukungan kelembagaan, berdasarkan pelaksanaan supervisi dan tindak lanjut hasil skrining oleh pemerintah desa dan Puskesmas. Data tersebut dapat dikumpulkan melalui buku register pemeriksaan, catatan inventaris alat dan bahan, dokumentasi kegiatan Posyandu Lansia, serta catatan supervisi. Monitoring dan evaluasi pascakegiatan sedang dilaksanakan untuk menilai pemanfaatan sarana, kesinambungan pelayanan skrining, serta keterlibatan kader dalam pelaksanaan Posyandu Lansia. Upaya keberlanjutan program akan terus dilakukan melalui koordinasi dengan pemerintah desa dan Puskesmas, pemantauan penggunaan alat POCT, serta penguatan peran kader dalam pelaksanaan skrining kolesterol secara berkala.

4.5 | Keterbatasan Kegiatan

Evaluasi keterampilan kader dalam pemeriksaan kolesterol menggunakan POCT belum didukung oleh instrumen observasi dan kriteria penilaian terstandardisasi, sehingga tingkat kompetensi teknis belum dapat diukur secara objektif. Evaluasi pengetahuan dilakukan melalui pretest dan posttest, namun belum disertai kelompok pembanding maupun pengukuran tindak lanjut untuk menilai retensi pengetahuan. Monitoring dan evaluasi pascakegiatan sedang dilaksanakan untuk menilai pemanfaatan alat POCT dan kesinambungan skrining di setiap Banjar Dinas, tetapi hasilnya belum tersedia dalam laporan ini. Selain itu, hasil skrining terhadap 50 lansia terbatas pada peserta kegiatan sehingga belum dapat mewakili kondisi seluruh lansia di Desa Banjar Anyar.



Gambar 3 Tim Pengabdi Poltekkes Kemenkes Denpasar, Mahasiswa Jurusan TLM, dan Kader PKK Desa Banjar Anyar pada Penutupan Program Pemberdayaan Kader dalam Penguatan Posyandu Lansia.

5 | KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 | Kesimpulan

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat di Desa Banjar Anyar menunjukkan peningkatan pengetahuan 30 kader PKK setelah mengikuti edukasi dan pelatihan skrining kolesterol. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 65,33 $\pm$ 5,71 pada pretest menjadi 96,33 $\pm$ 7,18 pada posttest, dengan nilai N-Gain sebesar 0,908 (kategori tinggi) dan perbedaan yang signifikan berdasarkan uji Wilcoxon ($p < 0{,}001$). Hasil skrining terhadap 50 lansia menunjukkan bahwa 21 orang (42%) berada pada kategori normal/diinginkan, 18 orang (36%) pada kategori batas tinggi, dan 11 orang (22%) pada kategori tinggi. Penyerahan 13 set alat POCT dan 30 poster edukasi menyediakan sarana pendukung bagi pelaksanaan skrining lanjutan. Program ini mendukung upaya pencapaian SDG 3 melalui edukasi dan skrining faktor risiko kesehatan serta SDG 17 melalui kemitraan antara perguruan tinggi, pemerintah desa, dan masyarakat. Namun, peningkatan kompetensi teknis kader dan keberlanjutan layanan skrining belum dapat dipastikan berdasarkan data evaluasi yang tersedia.

5.2 | Saran

Diperlukan evaluasi keterampilan kader menggunakan instrumen observasi terstandardisasi untuk menilai kemampuan melakukan pemeriksaan POCT sesuai prosedur. Monitoring dan evaluasi pascakegiatan yang sedang dilaksanakan perlu dilanjutkan untuk menilai pemanfaatan alat, ketersediaan bahan habis pakai, kepatuhan terhadap prosedur, serta kesinambungan skrining kolesterol pada Posyandu Lansia. Koordinasi antara kader, pemerintah desa, dan Puskesmas perlu diperkuat guna mendukung pelaksanaan skrining secara berkala dan keberlanjutan program.

6 | DEKLARASI

6.1 | Deklarasi Penggunaan AI

Penulis menggunakan Google Gemini secara terbatas untuk tujuan menyunting tata bahasa. Penulis telah meninjau, memvalidasi, dan menyunting ulang konten yang dihasilkan oleh alat tersebut, serta bertanggung jawab penuh atas isi publikasi ini.

6.2 | Kontribusi Penulis

- **G.A.M. Ratih**: Konseptualisasi kegiatan, Metodologi, Pelaksanaan lapangan, Penulisan.
- **P.A. Suryaningsih**: Metodologi, Pelaksanaan lapangan.
- **I B.M.P. Mahendra**: Pelaksanaan lapangan, Administrasi proyek, Akuisisi pendanaan.
- **L.A.W. Krisna**: Pelaksanaan lapangan, Analisis data evaluasi, Penulisan.

6.3 | Sumber Pendanaan

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini didanai secara penuh oleh Poltekkes Kemenkes Denpasar melalui skema hibah Program Pengembangan Desa Mitra (PPDM) berdasarkan Surat Perjanjian Pelaksanaan/Kontrak Nomor: HK.02.03/F.XXIV/2600/2025.

6.4 | Pernyataan Konflik Kepentingan

Para penulis menyatakan bahwa tidak ada konflik kepentingan yang berpotensi memengaruhi pelaksanaan kegiatan atau publikasi artikel ini.

7 | UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Direktorat Poltekkes Kemenkes Denpasar atas dukungan pendanaan kegiatan pengabdian masyarakat ini melalui DIPA/BLU Tahun Anggaran 2026. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Perbekel Desa Banjar Anyar, Kepala Puskesmas Kediri I Tabanan, Ketua dan Anggota Tim Penggerak PKK Desa Banjar Anyar, serta seluruh lansia dan mahasiswa Jurusan Teknologi Laboratorium Medis yang telah berpartisipasi aktif dalam menyukseskan kegiatan ini.

Referensi

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
3. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. World Health Organization. The Global Prevalence of Anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Direktorat Pengendalian Pencegahan Penyakit Tidak Menular. Buku Pedoman Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2022. Denpasar: Dinas Kesehatan Provinsi Bali; 2023.
7. Kamila L, Salim M. Hubungan Kadar Kolesterol Total dan Hipertensi dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner di RSUD dr. Soedarso Pontianak. Jurnal Laboratorium Khatulistiwa 2018;1(2):99–103.
8. Wardani T, Laila S, Candra A. Hubungan Faktor Risiko Hiperlipidemia dan Merokok terhadap Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Meuraxa. Jurnal Riset dan Inovasi Pendidikan 2020;2(1):74–81.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Mengenal Penyakit Hipertensi. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
10. Utama F, Rahmiati A, Alamsari H, Lihwana MA. Gambaran Penyakit Tidak Menular di Universitas Sriwijaya. Jurnal Kesehatan 2018;11(2):102–110.
11. Pemerintah Kabupaten Tabanan. Statistik Kecamatan Kediri. Tabanan: Pemerintah Kabupaten Tabanan Kecamatan Kediri; 2025.
12. Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan. Profil Kesehatan Kabupaten Tabanan Tahun 2023. Tabanan: Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan; 2024.
13. Sekarini R. Gambaran Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Di Kelurahan Umban Sari Kecamatan Rumbai Pekanbaru Menggunakan Pendekatan Stepwise WHO. Jurnal Health Sains 2022;1(8):1087–1097.
14. Rahmayanti E, Hargono A. Implementasi Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Berbasis POSBINDU Berdasarkan Atribut Surveilans. Jurnal Berkala Epidemiologi 2017;5(3):276–285.
15. Chandra BR, Darwis RS, Humaedi S. Peran Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dalam Pencegahan Stunting. Jurnal Pekerjaan Sosial 2022;4(2):107–123.
16. Sulistiyowati MAET. Pendidikan Kesehatan tentang Hipertensi dan Perawatannya pada Anggota PKK RT 01 RW 06 Pedurungan Tengah Semarang. Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Indonesia 2021;2(2):170–175.

17. Simanjuntak P, Ningsih TR, Mulyono B, Perbandingan Hasil Pemeriksaan Kadar Hemoglobin Menggunakan Metode POCT Dengan Alat Hematology Analyzer. Yogyakarta; 2016.

18. Hake RR. Interactive-engagement versus traditional methods: A six-thousand-student survey of mechanics test data for introductory physics courses. American Journal of Physics 1998;66(1):64–74.

Cara mengutip artikel ini: Ratih, G. A. M., Mahendra, I. B. M. P., Suryaningsih, P. A., Krisna, L. A. W., (2026), Pemberdayaan Kader PKK melalui Pelatihan Skrining Kolesterol Berbasis POCT untuk Mendukung Posyandu Lansia di Desa Banjar Anyar, Tabanan, Bali, *Sewagati*, *10(5):1093–1102*, https://doi.org/10.12962/j26139960.v10i5.11014.