

PEMBINAAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU KADER KESEHATAN KECAMATAN JATINANGOR MENGENAI FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG KORONER

Badai Bhatara Tiksnadi¹, Rien Afrianti¹, Kurnia Wahyudi², Yulia Sofiatin², Maulana Ibrahim¹, Abednego Panggabean¹, Faris Yuffih Yahya³, Sylvie Sakasasmita³, Muhammad Iqbal Maulana⁴, Shifa Nadya Rahma⁵, Dian Elok Permataningtyas⁵, David Kristianus⁵, Rully M.A. Roesli³, Mohammad Rizki Akbar¹

¹Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular, Universitas Padjadjaran

²Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

³Pusat Studi Sistem Kesehatan dan Inovasi Pendidikan Tenaga Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

⁴Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

⁵Program Studi Sarjana Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

E-mail: tiksnadi_badai@yahoo.com

ABSTRAK,

Partisipasi kader kesehatan sebagai perwujudan nyata dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan memegang peran penting dalam pencegahan penyakit jantung koroner (PJK). Hingga saat ini tidak ada data mengenai pengetahuan, sikap, dan perilaku kader kesehatan mengenai faktor risiko penyakit jantung koroner di Kecamatan Jatinangor; hal ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program tersebut. Pembinaan pengetahuan, sikap dan perilaku kader kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kapasitas kader dalam upaya prevensi primer tersebut. Menilai pengetahuan, sikap dan perilaku kader kesehatan mengenai faktor risiko PJK serta menguji korelasi antara pengetahuan, sikap dan perilaku tersebut. Setelah pemberian pengetahuan tentang faktor risiko PJK, dilakukan pengambilan data pengetahuan, sikap dan perilaku dua bulan kemudian dengan menggunakan kuesioner tervalidasi. Studi yang digunakan adalah studi observasional potong lintang, dengan perekrutan responden secara *convenient sampling*. Analisis deskriptif digunakan untuk melihat proporsi tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku. Korelasi dilakukan untuk mengetahui adanya keterkaitan antara pengetahuan, sikap dan perilaku tersebut. Sebanyak 30 responden berusia 44,4 tahun (SB=8,8) dilibatkan dalam studi ini. Dimana 10 dari 30 kader tersebut mengikuti acara pembinaan pengetahuan yang telah diberikan sebelumnya. Terlepas dari keikutsertaan dalam pelatihan, didapatkan 0,73 kader kesehatan yang memiliki pengetahuan baik, 0,20 cukup dan 0,07 kurang. Sementara 0,47 kader memiliki sikap yang baik, 0,40 cukup dan 0,13 kurang. Untuk aspek perilaku, kader yang memiliki perilaku yang baik, cukup dan kurang adalah masing-masing sebanyak 0,17, 0,80, 0,03 secara berurutan. Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan sikap ($P=0,570$), pengetahuan dan perilaku ($P=0,357$), sikap dan perilaku ($P=0,919$). Mayoritas responden kesehatan memiliki tingkat pengetahuan dan sikap yang baik, namun sangat sedikit responden yang memiliki perilaku yang baik mengenai faktor risiko PJK. Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan sikap dan perilaku kader kesehatan terhadap faktor risiko PJK.

Kata kunci: pengetahuan, sikap, perilaku, penyakit jantung koroner

ABSTRACT,

The participation of health cadres as a concrete manifestation of community empowerment in the health sector plays an important role in the prevention of coronary heart disease (CHD). Until now, there is no data on the knowledge, attitude, and practice of health cadres regarding risk factors for coronary heart disease in the Jatinangor sub-district; this is very influential on the success of the program. Knowledge, attitude and practice building of health cadres is one of the efforts to increase the capacity of cadres in the primary prevention effort. To assess knowledge, attitude and practice of CHD risk factors and calculate the association between those knowledge, attitude and practice. After giving knowledge about CHD risk factors, knowledge, attitude and practice data were collected on two months later using a validated questionnaire. A cross sectional observational study, with convenient sampling method was performed in this study. Descriptive analysis was used to see the proportion of knowledge, attitude and practice level. Correlation was done to find out the association between knowledge, attitude and practice. A total of 30 respondents aged 44.4 (SD=8.8) years old enrolled in this study. Ten of thirty respondents participated in the previous knowledge, attitude, and practice building activity. Apart from participating in the training, there were 0.73 health cadres who had good, 0.20 average and 0.07 poor knowledge. While, 0.47 health cadres had good attitude, 0.40 average and 0.13 poor attitude towards CHD risk factors. For behavioral aspects, cadres who had good, average and poor practice 0.17, 0.80, and 0.03 consecutively. There was no association between knowledge and attitude ($P=0.570$), knowledge and practice ($P=0.357$), practice and attitude ($P=0.919$). The majority of Indonesia's health cadres had a good level of knowledge and attitude, however very few respondents had good practice towards CHD risk factors. There was no association between those variables.

Key words: knowledge, attitude, practice, coronary heart disease

PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskular memiliki morbiditas dan mortalitas yang sangat tinggi, termasuk menghabiskan lebih dari 50% dana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam 4 tahun terakhir (Kementerian

Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Salah satu penyakit kardiovaskular yaitu penyakit jantung koroner (PJK) merupakan penyakit yang menimbulkan masalah kesehatan global di seluruh dunia termasuk di Indonesia (Montalescot et al., 2013) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) (Reddy & Yusuf,

1998). Survei *Sample Registration System* (SRS) pada Tahun 2014 di Indonesia menunjukkan, PJK menjadi penyebab kematian tertinggi pada semua umur setelah stroke, yakni sebesar 12,9%. Berdasarkan hasil survey penggunaan anggaran Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2014, PJK juga menduduki peringkat teratas dalam klaim yang diajukan penyelenggara kesehatan di Indonesia (Djaja, Suwandono, & Soemantri, 2003) 168 household, which selected with probability proportional to size (PPS. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 menunjukkan prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter yang dilakukan sebesar 0,5% sedangkan berdasarkan diagnosis dokter atau gejala sebesar 1,5%. Sementara prevalensi PJK di Jawa Barat sendiri berdasarkan diagnosis dan diagnosis/gejala secara berurutan adalah sebesar 0,5% dan 1,6%. Untuk mengatasi hal ini program prevensi primer menjadi suatu keharusan dan sudah ditetapkan menjadi kebijakan Kementerian Kesehatan (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Penyakit jantung koroner (PJK) ialah penyakit jantung yang disebabkan oleh tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen ke otot jantung sehingga terjadi ketidakseimbangan antara permintaan dan penyediaan oksigen bagi otot jantung, yang biasanya bermanifestasi sebagai angina pectoris. Faktor risiko PJK dibagi menjadi dua yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain seperti: merokok, hipertensi, hiperlipidemia, diabetes mellitus, stress, diet tinggi lemak, dan kurangnya aktivitas fisik. Faktor-faktor risiko ini masih dapat diubah, sehingga berpotensi dapat memperlambat proses aterosklerotik sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain usia (pria ≥ 35 tahun, perempuan ≥ 45 tahun), jenis kelamin, suku/ras, dan riwayat penyakit keluarga. (Lippi & Guidi, 2002).

Kecamatan Jatinangor merupakan sebuah kecamatan di Kabupaten Sumedang yang memiliki karakteristik yang tidak lagi bersifat pedesaan saja, tetapi mulai bersifat perkotaan (Sofiatin & Roesli, 2017). Karakteristik Kecamatan Jatinangor sebagai daerah dengan transisi perkotaan ini dapat diikuti dengan munculnya penyakit kardiovaskular di kecamatan tersebut. Peran kader kesehatan sebagai perwujudan nyata dari partisipasi masyarakat di bidang kesehatan memegang peran penting di dalam membantu mewujudkan pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Kader kesehatan merupakan kelompok di dalam sebuah masyarakat yang diharapkan memiliki pengetahuan yang paling baik mengenai kesehatan. Untuk melakukan tindakan promosi kesehatan dan prevensi primer khususnya mengenai PJK di masyarakat diperlukan pengetahuan dan pemahaman yang baik mengenai faktor risiko PJK, yang selanjutnya dapat membentuk sikap dan perilaku pencegahan terhadap penyakit tersebut (Zahid, Gul, & Taj, 2016). Pembinaan pengetahuan, sikap dan

perilaku kader kesehatan dinilai dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku kader tersebut. Namun, sampai saat ini belum ditemukannya data mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku kader kesehatan di Kecamatan Jatinangor mengenai faktor risiko PJK. Oleh karena itu, studi kami bertujuan untuk memberikan pembinaan pengetahuan, sikap dan perilaku kepada kader kesehatan sekaligus menilai pengetahuan, sikap dan perilaku para kader kesehatan mengenai faktor risiko PJK di Kecamatan Jatinangor, Kabupaten Sumedang, Jawa Barat. Dalam studi ini, juga akan dilakukan penilaian adanya hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku tersebut.

METODE

Kegiatan pembinaan pengetahuan, sikap dan perilaku berupa penyuluhan kesehatan jantung pada kader kesehatan di Desa Cilayung telah dilaksanakan pada Bulan Juli 2018. Kegiatan ini dihadiri oleh 30 orang kader kesehatan dari Desa tersebut. Pembicara dalam kegiatan ini dikondisikan untuk tidak mengetahui mengenai materi pada kuesioner tervalidasi yang akan digunakan saat pengambilan data. Kegiatan penyuluhan kemudian dilanjutkan dengan pengambilan data pengetahuan, sikap dan perilaku kader kesehatan yang bertempat di Kantor Kecamatan Jatinangor. Studi dilakukan secara potong lintang. Pengambilan *sample* dilakukan secara *convenient sampling* pada 30 orang kader kesehatan; 18 kader dari Desa Cipacing, 12 kader Desa Cilayung dimana 10 kader di antaranya merupakan kader yang berpartisipasi pada acara Bulan Juli lalu. Dipilihnya Desa Cilayung dan Cipacing ini sebagai perwakilan dari kelompok dengan karakteristik pedesaan dan perkotaan. Kriteria inklusi studi ini adalah kader kesehatan berusia ≥ 18 tahun, dapat membaca dan menulis dalam Bahasa Indonesia dengan baik serta bersedia mengikuti penelitian. Kriteria eksklusi adalah kuesioner yang tidak lengkap dalam pengisiannya. Instrumen penelitian menggunakan sebuah kuesioner yang telah dilakukan uji reabilitas dan validitasnya pada penelitian sebelumnya (Iqbal & Badorsono, 2014). Kuesioner terdiri dari 7 pertanyaan pengetahuan, 7 pertanyaan mengenai sikap, dan 6 pertanyaan mengenai perilaku terhadap faktor risiko PJK. Tingkat reliabilitas kuesioner untuk pengetahuan, sikap dan perilaku masing-masing sebesar 0,692; 0,546; 0,449.

Analisa statistik

Pada analisis deskriptif, proporsi digunakan untuk melihat tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap, pengetahuan dan perilaku serta sikap dan perilaku dilakukan analisis menggunakan uji Fisher's exact. Data disajikan dalam tabulasi. Sementara itu, untuk melihat perbedaan nilai pengetahuan, sikap dan perilaku antara kader yang telah mendapatkan penyuluhan dan belum mendapatkan penyuluhan akan dilakukan penilaian uji Mann-Whitney U. Piranti lunak IBM SPSS 21.0 untuk sistem operasi Windows digunakan untuk membantu

analisis data. Semua uji statistik dilakukan pada level signifikansi 5%. Penelitian ini telah disetujui komite etik penelitian Universitas Padjadjaran No. 1108/UN6.KEP/EC/2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan presentasi penyuluhan terkait kesehatan jantung yang diberikan oleh seorang dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (SpJP) melalui media audio visual dan diikuti oleh 30 kader dan beberapa warga Desa Cilayung dengan durasi selama 60 menit. Acara dilengkapi dengan sesi tanya jawab dengan kader dan warga terkait kesehatan jantung.

Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan pengambilan data penelitian di Kantor Kecamatan Jatinangor. Sebanyak 30 responden (12 kader Desa Cilayung dan 18 kader Desa Cipacing) berusia 44,4 tahun (SB=8,8) berpartisipasi dalam acara tersebut. Satu responden berjenis laki-laki dan 29 responden lainnya berjenis kelamin perempuan. Sebaran tingkat pendidikan responden cukup merata yakni SD (0,30), SMP (0,33) dan SMA (0,37). Mayoritas responden (0,77) pernah mendapatkan informasi mengenai PJK, 0,60 berasal dari penyuluhan, 0,27 dari televisi, 0,07 majalah, 0,07 koran, 0,06 internet, dan 0,10 teman. Sebanyak 0,33 responden mengikuti acara penyuluhan yang diselenggarakan pada Bulan Juli lalu. Sebagian besar (0,70) responden telah menjadi kader selama lebih dari dua tahun

Tabel 1. Karakteristik responden

Variabel	n=30	Proporsi
Usia (tahun) ; rerata (SB)	44,4 (8,8)	
Kelompok usia, frekuensi		
<30 tahun	2	0,67
30-39 tahun	9	0,30
40-49 tahun	8	0,27
50-59 tahun	10	0,33
≥60 tahun	1	0,03
Jenis kelamin, frekuensi		
Laki-laki	1	0,03
Perempuan	29	0,97
Tingkat pendidikan, frekuensi		
SD	9	0,30
SMP	10	0,33
SMA	11	0,37
Pernah terinformasi, frekuensi	23	0,77
Mengikuti acara penyuluhan, frekuensi	10	0,33
Lama menjadi kader, frekuensi		
<1 tahun	1	0,03
1-2 tahun	8	0,27
>2 tahun	21	0,70

Dari hasil pemeriksaan, 0,73 kader kesehatan dikategorikan memiliki pengetahuan yang baik, 0,20 cukup dan 0,07 kurang. Sementara 0,47 kader memiliki sikap yang baik, 0,40 cukup dan 0,13 kurang. Untuk kader yang memiliki perilaku baik, cukup, dan kurang adalah masing-masing sebesar 0,17, 0,80, 0,03 secara berurutan.

Tabel 2. Sebaran pengetahuan, sikap, dan perilaku

Variabel	Baik	Cukup	Kurang
Pengetahuan	22 (0,73)	6 (0,20)	2 (0,07)
Sikap	14 (0,47)	12 (0,40)	4 (0,13)
Perilaku	5 (0,17)	24 (0,80)	1 (0,03)

Dari total 22 orang kader yang memiliki pengetahuan yang baik, hanya 2 orang (0,07) yang memiliki sikap dan perilaku yang baik juga. Bahkan terdapat 0,03 responden yang memiliki pengetahuan yang cukup dan sikap yang baik namun perilakunya kurang.

Tabel 3. Hubungan pengetahuan dan sikap

Pengetahuan	Sikap			Nilai P
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	10 (0,33)	10 (0,33)	2(0,07)	0,570*
Cukup	3 (0,10)	1 (0,03)	2(0,07)	
Kurang	1 (0,03)	1 (0,03)	0	

*Uji Fisher's exact

Sementara itu, hanya sebanyak 0,45 (10 dari 22) kader yang memiliki pengetahuan yang baik, memiliki sikap yang baik juga. Hal ini menunjukkan tidak ada kaitannya antara pengetahuan dan sikap (P=0,570). Dari seluruh responden, hanya sebanyak 0,33 kader yang memiliki pengetahuan baik, memiliki sikap yang baik pula, dan tidak terdapat kader yang memiliki sikap yang kurang meskipun terdapat 0,07 responden yang memiliki pengetahuan yang kurang.

Tabel 4. Hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku

Pengetahuan	Perilaku			Nilai P
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	4 (0,13)	18 (0,60)	0	0,357*
Cukup	1 (0,03)	4 (0,13)	1 (0,03)	
Kurang		0	2 (0,07)	0
Sikap				
Baik	3 (0,10)	10 (0,33)	1(0,03)	0,919*
Cukup	2 (0,07)	10 (0,33)	0	
Kurang		0	4 (0,13)	0

*Uji Fisher's exact

Hal serupa juga terjadi pada hubungan antara pengetahuan dan perilaku serta sikap dan perilaku. Dari hasil penelitian ini, ditemukan bahwa hanya 0,18 responden yang memiliki pengetahuan yang baik dan diikuti perilaku yang baik serta 0,21 responden yang memiliki sikap baik diikuti dengan perilaku yang baik juga. Hal ini menunjukkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku ($P= 0,357$) dan sikap dengan perilaku (0,919).

Tabel 5. Perbandingan nilai pengetahuan, sikap dan perilaku antara kader yang telah dan belum mendapatkan penyuluhan

Aspek	Mendapat penyuluhan (n= 10)	Belum mendapat penyuluhan (n=20)	Nilai P
Pengetahuan	92,9 (71,4, 94,3)	84,3 (51,4, 94,3)	0,045*
Sikap	74,3 (48,6, 85,7)	80,0 (40, 91,4)	0,132*
Perilaku	66,7 (60, 80)	73,3 (50, 86,7)	0,075*

Data disajikan dengan median (min,maks) Uji Mann-Whitney U Kemudian kami melakukan perbandingan pengetahuan, sikap dan perilaku antara kader kesehatan yang telah diberikan penyuluhan dengan kader kesehatan yang belum diberikan penyuluhan dan didapatkan hasil bahwa pada kelompok kader yang telah mendapatkan penyuluhan memiliki pengetahuan yang lebih baik bila. Sementara, bila dilihat dari segi sikap dan perilaku, tampak tidak terlalu berbeda, meskipun pada kelompok yang belum mendapatkan penyuluhan memiliki nilai yang lebih baik.

Mayoritas pengetahuan kader kesehatan di dua desa Kecamatan Jatinangor terhadap faktor risiko PJK dikategorikan baik. Hal ini sesuai dengan dasar dari pembentukan kader kesehatan sebagai sebuah kelompok masyarakat khusus yang berpartisipasi aktif di dalam pembangunan kesehatan. Kelompok masyarakat ini merupakan kelompok yang mendapatkan edukasi dan pembinaan kesehatan yang lebih banyak sesuai program pemerintah.(Kementerian Kesehatan RI et al., 2016). Khusus program pemerintah yang berkaitan dengan risiko terkait PJK adalah Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu). Untuk di Kecamatan Jatinangor sendiri, beberapa tenaga di puskesmas dan satu orang kader dari tiap desa telah mendapat pelatihan posbindu yang diselenggarakan Dinas Kesehatan Sumedang, namun pelatihan ini belum dilakukan terhadap kader lainnya. Sayangnya pasca pelatihan tersebut, Posbindu sendiri belum banyak dilaksanakan di Kecamatan Jatinangor (Sofiatin & Roesli, 2017). Hal inilah yang menjadikan dasar dari didirikannya posyandu Penyakit Tidak Menular (PTM) Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Kader masyarakat di Desa Cipacing dan Desa Cilayung merupakan kelompok intervensi yang mendapatkan penyuluhan dan pembinaan rutin dari

posyandu PTM tersebut. Dari hasil penelitian kami didapatkan pengetahuan kader kesehatan mengenai PJK terkategori baik. Hal ini sekaligus menjadi bahan evaluasi dari keberhasilan peningkatan pengetahuan kader akibat keberadaan posyandu PTM mengingat pembinaan dari pemerintah dinas setempat masih sedikit dilaksanakan. Bila dibandingkan dengan hasil penelitian Iqbal, dkk dengan menggunakan instrumen yang sama pada 55 remaja dan 55 dewasa didapatkan tingkat pengetahuan yang kurang pada kelompok studi tersebut (Iqbal & Badorsono, 2014). Hasil penelitian kami, yang menunjukkan baiknya pengetahuan kader mengenai PJK menjadi berbeda dari subjek-subjek pada penelitian sebelumnya yang bukan tergolong tenaga kesehatan (Ammouri et al., 2016)Oman, in November 2012. A modified version of the Heart Disease Facts Questionnaire in both English and Arabic was used to assess knowledge of CHD risk factors. Scores were calculated by summing the correct answers for each item (range: 0-21(Iqbal & Badorsono, 2014). Sementara, hasil yang sama dengan penelitian kami, didapatkan pada studi yang dilakukan Murfin kepada kelompok mahasiswa keperawatan yang memiliki pengetahuan PJK yang baik (Murfin, 2010).

Dari penelitian ini didapat, responden yang memiliki pengetahuan dan sikap yang baik tidak diikuti perilaku yang terkategori baik juga. Hanya 0,45 responden yang memiliki pengetahuan yang baik, diikuti dengan sikap yang baik, dan dari responden yang berpengetahuan baik, hanya 0,18 responden yang memiliki perilaku yang baik juga. Studi ini sesuai dengan studi komunitas yang dilakukan Vaidya dkk. di Nepal pada 777 responden yang menemukan kesenjangan antara pengetahuan, sikap dan perilaku. Di antara responden yang memiliki pengetahuan baik, hanya 14,7% responden dengan sikap yang baik dan 33,4% dengan perilaku yang baik (Vaidya, Aryal, & Krettek, 2013). Hasil yang sama juga ditemui oleh Murfin pada para mahasiswa keperawatan, bahwa pengetahuan yang baik tidak sejalan dengan perilaku kesehatan yang baik juga terhadap PJK(Murfin, 2010). Hal ini menunjukkan adanya faktor lain selain pengetahuan dan sikap yang membentuk perilaku (Vaidya et al., 2013).

Kesenjangan ini dipertegas dengan tidak didapatkan adanya hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku kader kesehatan terhadap faktor risiko PJK yang bermakna secara statistik. Hasil penelitian yang sama juga didapatkan Muhammad dkk. yang dilakukan pada kelompok remaja di Jakarta pada tahun 2012. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Yahya, dkk pada tahun 2010 di Malaysia dan Shen,dkk. di Singapura tahun 2014, mereka menemukan hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku (Yahya, Muhamad, & Yusoff, 2012)majority initial researchers believed it was mainly a men's disease that resulted in fewer women being informed regarding the disease.\nAim and Objectives: A cross sectional study was conducted to determine the level of knowledge, attitude and practice on cardiovascular disease among

women attended outpatient clinics with Family Medicine Specialists in Kelantan from June to December 2010. Methods/ Study Design: A total of 448 women from 7 out of 14 clinics run by Specialist with age ranged between 25 and 65 years were selected via systematic random sampling in the ratio of 1:2 based on clinic attendance lists. Excluded were those who illiterate and having psychotic symptoms. All of consented participants were given a set of validated KAP questionnaire to be completed within 15 minutes. Findings: Majority of respondents were Malays with mean age of 39.9 years. Among them, 3.1% were smokers and 41.1% claimed having medical illness, the commonest was obesity (23.6%) (Shen, Yean Teo, Yap, Keong Yeo, & Tong, 2017). Perbedaan ini dapat dijelaskan oleh adanya faktor pembentukan sikap dan perilaku yang dapat terbentuk tidak terbatas hanya berdasarkan pengetahuan, namun terdapat faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi seperti edukasi dari keluarga dan kebiasaan yang muncul terkait faktor lingkungan, norma-norma kebudayaan dan adat istiadat setempat (Redding, Rossi, Rossi, Velicer, & Prochaska, 2000) (Shen et al., 2017).

Berdasarkan hasil studi ini pemberian pengetahuan saja tampaknya tidak dapat menciptakan sikap dan perilaku yang baik terhadap pencegahan PJK. Pengetahuan yang diketahui belum tentu diadopsi untuk menjadi sebuah perilaku yang baik. Hal ini bergantung pada adanya motivasi, lingkungan sosial sekitar yang menjadi sebuah gaya hidup yang baik dan bertahan lama. Menurut teori perilaku kesehatan, terbentuknya perilaku berkaitan dengan tiga faktor: (1) Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, persepsi, penguatan dari dalam diri sendiri, (2) Faktor “yang memungkinkan” meliputi avaibilitas, aksesibilitas, hukum dan kebijakan, (3) Faktor penguatan meliputi dukungan sosial. Intervensi yang dapat dilakukan terkait hal ini dapat dipikirkan berupa kegiatan di luar menambah pengetahuan saja, namun terlebih kepada intervensi yang terkait pemberian motivasi dan lingkungan sosial (Green & Kreuter, 2005) including cardiac and skeletal muscle development, as well as in muscle-related disease processes. In this paper, we review the role of miRNAs in muscle biology. Recent genetic studies have demonstrated that miRNAs are required for both proper muscle development and function, with crucial roles for miRNAs being identified in regulating muscle cell proliferation and differentiation. Furthermore, dysregulated expression of miRNAs has been correlated to certain muscle-related diseases, including cardiac hypertrophy, cardiac arrhythmias, and muscular (Green & Kreuter, 2005. Diskusi intetraktif, penapisan kesehatan jantung berkala, dan kelompok olahraga rutin dapat menjadi sebuah pertimbangan (Sofiatin & Roesli, 2017). Sebuah metode program intervensi pencegahan PJK telah diteliti dengan melakukan pemeriksaan faktor risiko tiap individu, saran diet dan aktivitas dengan umpan balik dan konseling berkala (Reid et al., 2014). Selain itu, seiring

dengan perkembangan kemajuan teknologi informasi, penggunaan fasilitas seperti *gadget*, internet dan media sosial juga dapat dimanfaatkan guna pencegahan primer terhadap PJK (Pater, 2001)(Zhang, Jiang, Nguyen, Poo, & Wang, 2017)including those in Singapore. Most of its risk factors, such as smoking, physical inactivity and high blood pressure, are preventable. mHealth has improved in the last decade, showing promising results in chronic disease prevention and health promotion worldwide. Our aim was to develop and examine the effect of a 4-week Smartphone-Based Coronary Heart Disease Prevention (SBCHDP. Penelitian di Singapura yang dilakukan untuk mengembangkan program pencegahan penyakit jantung koroner berbasis aplikasi di telepon genggam menemukan perbedaan kesadaran akan PJK dan perilaku yang lebih baik terhadap pengendalian kadar kolesterol pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol (Zhang et al., 2017)including those in Singapore. Most of its risk factors, such as smoking, physical inactivity and high blood pressure, are preventable. mHealth has improved in the last decade, showing promising results in chronic disease prevention and health promotion worldwide. Our aim was to develop and examine the effect of a 4-week Smartphone-Based Coronary Heart Disease Prevention (SBCHDP.

Perbedaan pengetahuan antara kader yang telah dan belum mendapat penyuluhan menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan untuk 2 bulan kedepan (jarak antara waktu pemberian penyuluhan dengan penilaian) dapat tercapai walaupun hanya melalui penyuluhan sebanyak satu kali. Adanya nilai sikap dan perilaku yang lebih baik pada kelompok yang belum mendapatkan penyuluhan diduga akibat belum dijustifikasinya terhadap karakteristik demografi masing-masing kelompok kader tersebut. Tidak menutup kemungkinan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan durasi menjadi kader yang lebih lama yang menyebabkan fenomena ini. Perlu juga dilakukan konfirmasi mengenai kemungkinan perbedaan ini disebabkan oleh kesalahan persepsi terhadap materi yang berikan.

Limitasi dari studi ini adalah besar *sample* yang belum dapat digunakan untuk melakukan analisa dari hubungan antara karakteristik reponden dengan pengetahuan, sikap dan perilakunya. Studi selanjutnya diharapkan dapat memperbaiki metode pembinaan atau membentuk sebuah metode yang efektif untuk menciptakan sikap dan perilaku yang baik. Analisa kebutuhan pembinaan dari kader kesehatan perlu dilakukan.

SIMPULAN

Mayoritas responden kader kesehatan memiliki tingkat pengetahuan dan sikap yang baik, namun perilaku yang hanya terkategori cukup. Tidak ditemukan adanya hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku kader kesehatan mengenai faktor risiko PJK. Intervensi terhadap

peningkatan pengetahuan belum tentu dapat memperbaiki perilaku pencegahan PJK. Kerjasama lintas sektor diharapkan dapat membawa pada tingkat pengetahuan dan sikap yang lebih baik.

REFERENSI

- Ammouri, A. A., Tailakh, A., Isac, C., Kamanyire, J. K., Muliira, J., & Balachandran, S. (2016). *Knowledge of coronary heart disease risk factors among a community sample in Oman: Pilot study*. *Sultan Qaboos University Medical Journal*.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013*, 1–384.
- Djaja, S., Suwandono, A., & Soemantri, S. (2003). Pola penyakit penyebab kematian di perkotaan dan pedesaan di Indonesia, studi mortalitas survei kesehatan rumah tangga (SKRT) 2001. *Kedokteran Trisakti*.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. *Educational & Ecological Assessment*.
- Iqbal, M., & Badorsono, S. (2014). Pengetahuan, sikap dan perilaku mengenai penyakit jantung koroner pada dewasa dan remaja di Jakarta timur tahun 2012.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Penyakit jantung penyebab kematian tertinggi, kemenkes ingatkan cerdas. *August*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2013, 1–24.
- Kementerian Kesehatan RI, Subuh, M., Kementerian Kesehatan RI, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, Trihono Health Policy Unit (HPU) Kemkes, Subuh, M., ... Kementerian Kesehatan RI. (2016). Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. In *Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga Sehat*.
- Lippi, G., & Guidi, G. (2002). *Risk factors for cardiovascular disease*. *Cmaj*, 166(0820–3946 (Print)), 710.
- Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A., ... Zamorano, J. L. (2013). 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 34(38), 2949–3003.
- Murfin, R. (2010). *Coronary Heart Disease Knowledge and Health Behaviour in Student Nurses*.
- Pater, C. (2001). *The current status of primary prevention in coronary heart disease*. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, 2(1), 24–37.
- Redding, C. a, Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*.
- Reddy, K. S., & Yusuf, S. (1998). *Emerging Epidemic of Cardiovascular Disease in Developing Countries*. *Circulation*, 97(6), 596–601.
- Reid, R. D., McDonnell, L. A., Riley, D. L., Mark, A. E., Mosca, L., Beaton, L., ... Pipe, A. L. (2014). *Effect of an intervention to improve the cardiovascular health of family members of patients with coronary artery disease: a randomized trial*. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*.
- Shen, T., Yean Teo, T., Yap, J. J., Keong Yeo, K., & Tong, S. (2017). *Gender Differences in Knowledge, Attitudes and Practices towards Cardiovascular Disease and its Treatment among Asian Patients*. *Ann Acad Med Singapore*, 46, 20–28.
- Sofiatin, Y., & Roesli, R. M. A. (2017). Kesiapan masyarakat dalam melaksanakan dan memanfaatkan posyandu penyakit tidak menular di Desa Cilayung dan Cipacing, Kecamatan Jatiningor. *Global Medical & Health Communication (GMHC)*.
- Vaidya, A., Aryal, U. R., & Krettek, A. (2013). *Cardiovascular health knowledge, attitude and practice/behaviour in an urbanising community of Nepal: a population-based cross-sectional study from Jhaukhel-Duwakot health demographic surveillance site*. *BMJ Open*, 3(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002976>
- Yahya, R., Muhamad, R., & Yusoff, H. M. (2012). *Association between knowledge, attitude and practice on cardiovascular disease among women in Kelantan*. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*.
- Zahid, S., Gul, A. M., & Taj, H. S. (2016). *Association of knowledge, attitude, and behavioral risk factors with coronary artery disease*, 49(02), 61–65.
- Zhang, H., Jiang, Y., Nguyen, H. D., Poo, D. C. C., & Wang, W. (2017). *The effect of a smartphone-based coronary heart disease prevention (SBCHDP) programme on awareness and knowledge of CHD, stress, and cardiac-related lifestyle behaviours among the working population in Singapore: A pilot randomised controlled trial*. *Health and Quality of Life Outcomes*.