Edukasi Pengendalian Asam Urat dan Skrining Hiperurisemia pada Masyarakat Kalurahan Bangunjiwo Kapanewon Kasihan Kabupaten Bantul

Sugiyono*[1], Rizqa Salsabila Firdausia[2], Dyah Artini[3]

[1,2] Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker, Fakultas Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Indonesia
[3] Program Studi Teknologi Bank Darah, Fakultas Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Indonesia
*e-mail: nano2saras@gmail.com

Abstrak

Hiperurisemia dan gout merupakan kondisi yang berkaitan, tetapi tidak identik, sehingga hasil pemeriksaan asam urat perlu dikomunikasikan secara hati-hati. Kegiatan ini bertujuan meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai pengendalian asam urat sekaligus menyediakan informasi awal melalui skrining. Kegiatan dilaksanakan pada 27 Oktober 2026 di Kalurahan Bangunjiwo, Kapanewon Kasihan, Kabupaten Bantul, dan diikuti 52 perempuan berusia 32–74 tahun. Metode meliputi edukasi kesehatan, evaluasi pengetahuan sebelum dan segera setelah edukasi menggunakan 10 pernyataan benar-salah, serta pemeriksaan kadar asam urat darah kapiler menggunakan alat pemeriksaan di tempat. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 63,27 menjadi 87,31, dengan selisih 24,04 poin. Proporsi kategori pengetahuan baik meningkat dari 36,54% menjadi 88,46%. Hasil skrining berkisar 2,3–10,0 mg/dL; 11 peserta (21,15%) memiliki hasil di atas 6 mg/dL. Ambang tersebut hanya digunakan untuk pengelompokan deskriptif, bukan diagnosis universal. Peserta dengan hasil yang memerlukan perhatian dianjurkan berkonsultasi dan menjalani evaluasi lanjutan oleh tenaga kesehatan. Kegiatan menunjukkan peningkatan pengetahuan segera setelah edukasi dan menyediakan informasi awal untuk mendukung promosi kesehatan komunitas.

Kata kunci: *asam urat, edukasi kesehatan, hiperurisemia, masyarakat, skrining*

Abstract

Hyperuricemia and gout are related but distinct conditions; therefore, uric acid screening results should be communicated cautiously. This activity aimed to improve community knowledge of uric acid control and provide preliminary health information through screening. The activity was conducted on 27 October 2026 in Bangunjiwo Village, Kasihan District, Bantul Regency, and involved 52 women aged 32–74 years. The methods comprised health education, knowledge assessment immediately before and after education using ten true-or-false statements, and capillary-blood uric acid testing using a point-of-care device. The mean knowledge score increased from 63.27 to 87.31, a difference of 24.04 points. The proportion of participants in the good-knowledge category increased from 36.54% to 88.46%. Screening values ranged from 2.3 to 10.0 mg/dL; 11 participants (21.15%) had results above 6 mg/dL. This threshold was used only for descriptive grouping and should not be interpreted as a universal diagnostic cut-off. Participants with results requiring attention were advised to seek consultation and further assessment by health professionals. The activity demonstrated an immediate improvement in knowledge scores and provided preliminary information to support community health promotion.

Keywords: *community, health education, hyperuricemia, screening, uric acid*

1. PENDAHULUAN

Hiperurisemia adalah keadaan meningkatnya konsentrasi urat dalam darah akibat ketidakseimbangan antara produksi dan ekskresi urat. Kondisi ini perlu dibedakan dari gout, yaitu penyakit inflamasi akibat deposisi kristal monosodium urat pada jaringan. Hiperurisemia dapat berlangsung tanpa gejala dan tidak seluruh individu dengan kadar urat tinggi akan mengalami artritis gout. Sebaliknya, penilaian seseorang dengan keluhan sendi memerlukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang sesuai. Pembedaan ini penting dalam edukasi masyarakat karena hasil skrining yang berada di atas suatu nilai ambang tidak dengan sendirinya menetapkan diagnosis atau menjadi indikasi otomatis untuk memulai obat

penurun urat (FitzGerald et al., 2020; Manuaba, 2025; 2024 Update Chinese Guidelines Group, 2025).

Gout berkaitan dengan faktor biologis, metabolik, ginjal, dan gaya hidup. Usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, obesitas, hipertensi, gangguan ginjal, serta beberapa obat dapat berkontribusi terhadap peningkatan kadar urat atau risiko gout. Pola makan merupakan faktor yang dapat dimodifikasi, tetapi hubungan antara satu jenis makanan dan kadar urat tidak selalu sederhana. Konseling yang hanya memberikan daftar panjang makanan terlarang berpotensi mendorong pembatasan berlebihan dan mengabaikan keseimbangan gizi. Pendekatan yang lebih tepat menekankan pola makan seimbang, pengendalian berat badan bila diperlukan, pembatasan alkohol dan minuman tinggi fruktosa, serta penyesuaian asupan makanan tinggi purin sesuai kondisi individu (Yokose et al., 2021; Zhang et al., 2022; Jin et al., 2025).

Bukti terkini menunjukkan bahwa pengelolaan gout perlu memadukan intervensi gaya hidup dengan tata laksana klinis yang sesuai. Pedoman dan ulasan terbaru menekankan perlunya menilai komorbiditas, fungsi ginjal, risiko kardiometabolik, dan karakteristik pasien dalam menentukan strategi pengelolaan. Diet sehat dapat mendukung pengendalian faktor risiko, tetapi tidak menggantikan terapi farmakologis ketika terapi tersebut diindikasikan. Karena itu, edukasi masyarakat perlu menghindari pesan bahwa semua kasus dapat diselesaikan hanya dengan pantangan makanan atau konsumsi ramuan tertentu (Yokose et al., 2021; 2024 Update Chinese Guidelines Group, 2025; Jin et al., 2025).

Masalah kesehatan sendi di Indonesia memberikan konteks penting bagi upaya promosi kesehatan. Riskesdas 2018 melaporkan prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,3%. Angka tersebut menggambarkan penyakit sendi secara umum, bukan prevalensi hiperurisemia atau gout secara khusus, sehingga tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan besarnya masalah hiperurisemia di suatu kalurahan. Data lokal yang secara khusus menggambarkan kadar urat masyarakat Bangunjiwo tidak tersedia dalam dokumen kegiatan yang menjadi dasar artikel ini. Oleh sebab itu, urgensi kegiatan dijelaskan berdasarkan kebutuhan edukasi yang diidentifikasi dalam perencanaan program dan temuan langsung pada peserta, bukan dengan mengklaim adanya prevalensi lokal yang belum diukur.

Kalurahan Bangunjiwo dipilih sebagai lokasi pelaksanaan berdasarkan koordinasi kegiatan dengan mitra dan kebutuhan penyampaian informasi praktis mengenai faktor risiko, pola makan, pemeriksaan, serta penggunaan obat. Kelompok sasaran yang hadir terdiri atas 52 perempuan berusia 32–74 tahun. Rentang usia tersebut mencakup kelompok dewasa hingga lanjut usia, sehingga materi perlu disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami dan contoh yang dekat dengan kebiasaan sehari-hari. Informasi mengenai jenis kelamin dan usia juga relevan dalam interpretasi kadar urat karena nilai rujukan dan risiko klinis dapat berbeda menurut karakteristik individu. Namun, peserta yang hadir bukan sampel acak penduduk sehingga hasil kegiatan tidak dapat digeneralisasikan kepada seluruh warga Bangunjiwo.

Pengabdian terdahulu di Indonesia telah melaporkan kegiatan skrining, konseling, dan edukasi hiperurisemia. Marfianti et al. (2024) melaksanakan skrining dan konseling pada kelompok pra-lansia dan lansia di Sleman. Atmojo et al. (2021) melaporkan pemeriksaan kadar asam urat disertai konseling di Boyolali, sedangkan Sari et al. (2022) melaksanakan deteksi dini dan penyuluhan pada kelompok lansia. Dewi dan Merizka (2024) juga menggabungkan edukasi kesehatan dan skrining hiperurisemia pada kelompok guru. Program lain melaporkan edukasi dan skrining komunitas untuk kondisi metabolik maupun risiko kesehatan lain (Arsito, 2026; Mijaata et al., 2025; Kosasih et al., 2025). Temuan dari kegiatan-kegiatan tersebut memperlihatkan bahwa skrining dapat menjadi pintu masuk untuk berdialog mengenai risiko kesehatan, tetapi mutu edukasi dan komunikasi hasil tetap menentukan manfaat yang dapat diterima peserta.

Kontribusi kegiatan ini terletak pada pelaksanaan edukasi, penilaian pengetahuan sebelum dan segera setelah edukasi, serta skrining kadar urat dalam satu rangkaian kegiatan pada kelompok masyarakat dewasa dan lanjut usia di Bangunjiwo. Hasil kegiatan dilaporkan secara deskriptif dan tidak dimaksudkan sebagai studi prevalensi atau uji efektivitas terkontrol. Nilai tambah yang ditawarkan adalah dokumentasi terintegrasi mengenai perubahan skor pengetahuan dan distribusi hasil skrining pada peserta, disertai penekanan bahwa hasil skrining

memerlukan interpretasi klinis. Pendekatan ini berbeda dari pelaporan skrining saja karena memasukkan evaluasi pengetahuan, dan berbeda dari edukasi saja karena peserta memperoleh informasi awal hasil pemeriksaan individual.

Masalah yang menjadi fokus kegiatan meliputi kebutuhan peningkatan pemahaman tentang perbedaan hiperurisemia dan gout, faktor risiko yang dapat dimodifikasi, pola makan yang proporsional, penggunaan obat yang rasional, serta pemaknaan hasil skrining. Solusi yang diterapkan adalah edukasi interaktif yang disertai evaluasi pengetahuan dan pemeriksaan kadar asam urat darah kapiler. Tujuan kegiatan adalah (1) meningkatkan pengetahuan peserta mengenai pengendalian asam urat; (2) memberikan informasi awal melalui skrining kadar asam urat; dan (3) mendorong konsultasi atau pemeriksaan lanjutan sesuai kebutuhan klinis.

2. METODE

Kegiatan pengabdian dilaksanakan pada Selasa, 27 Oktober 2026, pukul 09.00–12.00 WIB di Kalurahan Bangunjiwo, Kapanewon Kasihan, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Kegiatan menggunakan pendekatan promotif dan preventif melalui edukasi kesehatan, evaluasi pengetahuan, pemeriksaan kadar asam urat, dan penyampaian informasi tindak lanjut. Pelaksanaan dilakukan bersama mitra setempat. Jumlah peserta yang datanya direkapitulasi adalah 52 orang dan seluruh peserta yang tercatat merupakan perempuan berusia 32–74 tahun.

Pemilihan peserta dilakukan berdasarkan kehadiran dan kesediaan masyarakat mengikuti kegiatan. Sebanyak 52 peserta tercatat dan seluruhnya menyelesaikan pretes, postes, serta pemeriksaan kadar asam urat. Dengan demikian, jumlah peserta yang dianalisis untuk ketiga komponen kegiatan adalah 52 orang.

Kegiatan berlangsung selama 180 menit, yaitu pukul 09.00–12.00 WIB. Tahapan kegiatan meliputi registrasi dan pembukaan, pretes, penyampaian materi edukasi melalui ceramah selama 25 menit, diskusi dan tanya jawab selama 20 menit, serta pemeriksaan kadar asam urat menggunakan metode Point-of-Care Testing (POCT) selama 90 menit. Selanjutnya, peserta memperoleh penjelasan mengenai hasil pemeriksaan dan edukasi individual, kemudian mengikuti postes sebelum kegiatan ditutup. Pembagian durasi tersebut memberikan keseimbangan antara penyampaian informasi, interaksi dengan peserta, pemeriksaan kesehatan, dan penguatan pemahaman melalui edukasi individual.

Materi edukasi meliputi pengertian asam urat, hiperurisemia dan gout; faktor risiko; tanda dan gejala yang perlu diwaspadai; prinsip pemilihan makanan; aktivitas fisik dan pengendalian berat badan; penggunaan obat secara rasional; serta pentingnya konsultasi apabila terdapat keluhan atau hasil pemeriksaan yang memerlukan evaluasi. Edukasi disampaikan melalui poster dan ceramah interaktif, kemudian dilanjutkan dengan diskusi dan tanya jawab. Penyampaian materi menekankan bahwa pembatasan makanan harus proporsional dan bahwa terapi obat ditentukan berdasarkan penilaian tenaga kesehatan.

Pengetahuan dievaluasi menggunakan kuesioner berisi 10 pertanyaan dengan pilihan jawaban benar atau salah. Setiap jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0. Skor total dikonversi ke skala 0–100 dengan membandingkan jumlah jawaban benar terhadap jumlah seluruh pertanyaan. Tingkat pengetahuan dikelompokkan menjadi kategori kurang (skor 0–50), cukup (skor 60–70), dan baik (skor 80–100). Kuesioner yang sama diberikan sebelum edukasi (pretes) dan segera setelah edukasi (postes).

Sepuluh pertanyaan kuesioner mencakup pemahaman dasar mengenai asam urat dan hiperurisemia, faktor risiko, pola makan, perilaku pencegahan, serta penggunaan obat dan pencarian pertolongan. Dokumen rekapitulasi yang tersedia memuat nilai total dan distribusi kategori, tetapi tidak memuat hasil jawaban per butir. Oleh karena itu, artikel ini tidak menyatakan materi tertentu sebagai topik dengan peningkatan pemahaman terbesar.

Pemeriksaan kadar asam urat dilakukan menggunakan alat Autocheck 3-in-1 (GCU Multi-Monitoring System) dengan metode Point-of-Care Testing (POCT) melalui sampel darah kapiler. Untuk menjaga kualitas pemeriksaan, penggunaan alat dan strip mengikuti petunjuk

operasional dari produsen. Sebelum pemeriksaan, dilakukan pengecekan kondisi fisik dan fungsi alat serta pemeriksaan kondisi strip, meliputi keutuhan kemasan dan tanggal kedaluwarsa. Strip disimpan sesuai ketentuan penyimpanan yang direkomendasikan produsen untuk menghindari kerusakan akibat paparan lingkungan. Pengambilan dan pemeriksaan sampel darah kapiler dilakukan sesuai prosedur penggunaan alat. Hasil pemeriksaan dicatat dan digunakan sebagai dasar pengelompokan kadar asam urat peserta untuk keperluan edukasi dan skrining, bukan sebagai dasar penetapan diagnosis klinis.

Nilai >6 mg/dL digunakan dalam rekapitulasi sebagai batas pengelompokan deskriptif kegiatan. Batas ini bukan nilai diagnostik universal dan tidak dimaksudkan menggantikan rentang rujukan yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin, metode pemeriksaan, dan karakteristik alat. Hasil skrining disampaikan sebagai informasi awal. Peserta dengan hasil yang memerlukan perhatian atau memiliki keluhan dianjurkan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan untuk evaluasi klinis dan pemeriksaan konfirmasi sesuai kebutuhan.

Data dianalisis secara deskriptif. Karakteristik peserta disajikan sebagai frekuensi, persentase, rerata, dan median sesuai jenis data. Perubahan pengetahuan dilaporkan melalui perbandingan rerata pretes dan postes serta distribusi kategori. Data individual berpasangan tidak tersedia dalam berkas rekapitulasi yang digunakan untuk artikel, sehingga uji statistik inferensial dan simpulan signifikansi statistik tidak dilakukan. Hasil skrining disajikan dalam rentang, rerata, median, dan jumlah peserta pada kelompok >6 mg/dL.

Sebelum kegiatan dilaksanakan, peserta diberikan penjelasan secara lisan mengenai tujuan, tahapan kegiatan, manfaat, serta prosedur pemeriksaan kadar asam urat menggunakan sampel darah kapiler. Keikutsertaan bersifat sukarela dan peserta diberikan kesempatan untuk menyatakan kesediaan atau menolak mengikuti pemeriksaan. Izin pelaksanaan kegiatan telah diperoleh dari mitra setempat, dibuktikan dengan surat izin dan dokumen Implementation Agreement (IA). Identitas dan informasi kesehatan peserta dijaga kerahasiaannya serta digunakan sesuai tujuan kegiatan. Kegiatan dilaksanakan dalam kerangka pengabdian kepada masyarakat dan tidak didahului pengajuan persetujuan etik penelitian.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Karakteristik Peserta dan Pelaksanaan

Kegiatan diikuti oleh 52 peserta perempuan dengan rentang usia 32–74 tahun. Rerata usia peserta adalah 50,04 tahun dan median 50 tahun. Kelompok usia terbanyak adalah 40–49 tahun, yaitu 19 orang (36,54%), diikuti usia 50–59 tahun sebanyak 17 orang (32,69%). Peserta berusia 60 tahun atau lebih berjumlah 9 orang (17,31%), sedangkan kelompok usia 39 tahun atau kurang sebanyak 7 orang (13,46%). Karakteristik peserta dirangkum pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi peserta berdasarkan kelompok usia (n = 52).

Kelompok usia	Jumlah (orang)	Persentase (%)
≤39 tahun	7	13,46
40–49 tahun	19	36,54
50–59 tahun	17	32,69
≥60 tahun	9	17,31
Total	**52**	**100,00**

Seluruh peserta yang tercatat adalah perempuan. Informasi ini penting untuk membatasi interpretasi hasil skrining dan memperjelas bahwa temuan tidak mewakili laki-laki maupun seluruh populasi Bangunjiwo. Distribusi usia dan jenis kelamin disajikan sebagai karakteristik peserta yang hadir, bukan estimasi demografi wilayah.

3.2 Hasil Evaluasi Pengetahuan

Rerata skor pengetahuan meningkat dari 63,27 pada pretes menjadi 87,31 pada postes, dengan selisih 24,04 poin. Sebelum edukasi, 19 peserta (36,54%) berada dalam kategori baik, 24

peserta (46,15%) kategori cukup, dan 9 peserta (17,31%) kategori kurang. Setelah edukasi, 46 peserta (88,46%) berada dalam kategori baik dan 6 peserta (11,54%) kategori cukup; tidak terdapat peserta pada kategori kurang. Ringkasan disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Perbandingan hasil evaluasi pengetahuan sebelum dan segera setelah edukasi (n = 52).

Indikator	Pretes	Postes	Perubahan
Rerata skor	63,27	87,31	+24,04 poin
Kategori baik	19 (36,54%)	46 (88,46%)	+51,92 poin persentase
Kategori cukup	24 (46,15%)	6 (11,54%)	−34,61 poin persentase
Kategori kurang	9 (17,31%)	0 (0%)	−17,31 poin persentase

3.3 Hasil Skrining Kadar Asam Urat

Hasil pemeriksaan kadar asam urat berada pada rentang 2,3–10,0 mg/dL, dengan rerata sekitar 5,00 mg/dL dan median 4,55 mg/dL. Sebanyak 11 peserta (21,15%) memiliki hasil >6 mg/dL, sedangkan 41 peserta (78,85%) memiliki hasil ≤6 mg/dL. Ringkasan hasil disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Ringkasan hasil skrining kadar asam urat peserta.

Indikator	Hasil
Jumlah peserta	52 orang
Rentang hasil	2,3–10,0 mg/dL
Rerata	Sekitar 5,00 mg/dL
Median	4,55 mg/dL
Hasil >6 mg/dL	11 (21,15%)
Hasil ≤6 mg/dL	41 (78,85%)

Ambang >6 mg/dL digunakan hanya untuk mengelompokkan hasil secara deskriptif sesuai rekapitulasi kegiatan. Karena data hasil tidak disajikan menurut jenis kelamin atau kelompok usia, artikel ini tidak membandingkan kadar asam urat antarkelompok demografi. Seluruh peserta yang tercatat adalah perempuan, tetapi hasil individual berdasarkan usia tidak tersedia dalam ringkasan agregat.



Gambar 1. Pemberian Edukasi kepada Masyarakat



Gambar 2. Pemeriksaan kadar asam urat

Pelaksanaan kegiatan memperlihatkan bahwa edukasi dan skrining dapat diintegrasikan dalam satu kegiatan promosi kesehatan komunitas. Edukasi memberikan landasan pengetahuan, sedangkan skrining menyediakan kesempatan bagi peserta untuk menghubungkan materi dengan informasi awal mengenai kondisi dirinya. Kombinasi tersebut relevan untuk isu hiperurisemia karena kondisi ini dapat berlangsung tanpa gejala dan tidak dapat dikenali hanya melalui pengalaman subjektif. Meskipun demikian, skrining harus diposisikan sebagai pintu masuk komunikasi dan tindak lanjut, bukan sebagai proses diagnosis massal.

Karakteristik peserta menunjukkan bahwa kegiatan menjangkau perempuan dewasa hingga lanjut usia. Rentang usia 32–74 tahun memungkinkan materi disesuaikan dengan kebutuhan kelompok usia yang beragam, termasuk pemahaman faktor risiko metabolik dan pentingnya pemeriksaan kesehatan. Namun, seluruh peserta yang tercatat adalah perempuan. Oleh karena itu, hasil tidak dapat digunakan untuk membandingkan risiko menurut jenis kelamin. Selain itu, tanpa data kadar asam urat individual yang ditautkan secara anonim dengan usia, tidak dapat dinilai apakah hasil >6 mg/dL lebih banyak ditemukan pada kelompok usia tertentu. Keterbatasan ini perlu disampaikan secara terbuka agar interpretasi tidak melampaui data.

Peningkatan rerata skor sebesar 24,04 poin dan pergeseran kategori pengetahuan baik dari 36,54% menjadi 88,46% menunjukkan perbaikan capaian pengetahuan segera setelah edukasi. Hasil ini konsisten dengan tujuan kegiatan, yaitu memberikan pemahaman praktis mengenai hiperurisemia, gout, faktor risiko, pola makan, dan perilaku pencarian pertolongan. Temuan searah dengan laporan kegiatan pengabdian yang menggabungkan penyuluhan atau konseling dengan pemeriksaan kadar asam urat, termasuk kegiatan di Sleman dan Boyolali (Atmojo et al., 2021; Marfianti et al., 2024; Sari et al., 2022). Kegiatan edukasi dan skrining pada kelompok komunitas lain juga memperlihatkan bahwa penyampaian informasi bersama pemeriksaan dapat menjadi sarana untuk meningkatkan perhatian terhadap risiko kesehatan (Dewi & Merizka, 2024; Arsito, 2026; Mijaata et al., 2025).

Walaupun hasil pretes dan postes menunjukkan peningkatan, desain evaluasi memiliki keterbatasan. Kuesioner yang sama digunakan dalam dua pengukuran yang berdekatan waktunya. Peserta mungkin mengingat butir atau jawaban dari pengukuran awal, sehingga sebagian peningkatan dapat dipengaruhi efek pengulangan tes. Selain itu, postes dilakukan segera setelah edukasi sehingga hasil hanya menggambarkan pemahaman jangka pendek. Tidak tersedia pengukuran tindak lanjut setelah beberapa minggu atau bulan untuk menilai retensi pengetahuan. Data agregat juga tidak memungkinkan analisis berpasangan pada tingkat individu atau penentuan signifikansi statistik.

Reviewer meminta pembahasan mengenai materi yang paling banyak mengalami perubahan pemahaman. Namun, laporan akhir dan rekapitulasi yang tersedia hanya memuat

nilai total dan kategori pengetahuan, bukan analisis jawaban setiap butir. Oleh karena itu, tidak tepat menyebutkan topik tertentu sebagai materi dengan peningkatan tertinggi. Untuk revisi berikutnya, tim dapat menambahkan tabel perubahan proporsi jawaban benar untuk setiap butir apabila lembar jawaban asli masih tersedia. Jika data per butir tidak tersedia, keterbatasan ini perlu dipertahankan dan tidak diganti dengan dugaan.

Hasil skrining menunjukkan 11 peserta memiliki hasil >6 mg/dL berdasarkan pengelompokan yang digunakan. Proporsi 21,15% tersebut hanya menggambarkan peserta yang hadir dan diperiksa. Angka ini bukan prevalensi hiperurisemia Kalurahan Bangunjiwo karena peserta tidak direkrut melalui sampling populasi dan tidak tersedia pengukuran konfirmasi. Penafsiran juga harus memperhatikan karakteristik peserta, jenis kelamin, metode pemeriksaan, alat, serta nilai rujukan. Nilai ambang tunggal tidak dapat diberlakukan sebagai diagnosis universal. Pedoman klinis menekankan perlunya evaluasi gejala, pemeriksaan, komorbiditas, dan konteks individu dalam penegakan diagnosis serta pengambilan keputusan terapi (FitzGerald et al., 2020; Manuaba, 2025; 2024 Update Chinese Guidelines Group, 2025).

Penggunaan alat POCT dapat mendukung kegiatan komunitas karena pemeriksaan dapat dilakukan di lokasi kegiatan dan hasil awal dapat dikomunikasikan kepada peserta. Namun, ketepatan hasil bergantung pada kualitas alat, strip, penyimpanan, teknik pengambilan sampel, kebersihan, dan prosedur kontrol mutu. Karena merek dan prosedur kendali mutu tidak tercatat dalam dokumen yang tersedia, artikel ini tidak dapat menilai kinerja analitik alat. Informasi tersebut perlu ditambahkan dari log pemeriksaan atau dokumentasi tim, termasuk apakah kontrol mutu dilakukan sesuai petunjuk produsen. Tanpa informasi itu, hasil POCT sebaiknya ditafsirkan secara hati-hati dan tidak digunakan sebagai satu-satunya dasar keputusan klinis.

Komunikasi hasil merupakan bagian esensial dari skrining. Peserta dengan hasil yang lebih tinggi dari ambang pengelompokan atau memiliki keluhan perlu diberi penjelasan bahwa hasil tersebut memerlukan penilaian lebih lanjut. Konsultasi dapat mencakup pengkajian gejala, riwayat penyakit, obat yang digunakan, faktor risiko, serta pemeriksaan laboratorium konfirmasi bila diperlukan. Nyeri sendi akut dengan kemerahan, panas, dan pembengkakan tidak boleh langsung dianggap gout tanpa evaluasi karena diagnosis banding, termasuk infeksi sendi, dapat memerlukan penanganan segera. Prinsip ini sejalan dengan rekomendasi klinis yang menempatkan evaluasi klinis sebagai dasar diagnosis dan tata laksana (Manuaba, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Materi pola makan perlu disampaikan secara seimbang. Masyarakat sering mengasosiasikan asam urat hanya dengan konsumsi satu atau dua jenis makanan, padahal pengelolaan risiko melibatkan pola makan keseluruhan, berat badan, aktivitas fisik, konsumsi minuman berpemanis, alkohol, fungsi ginjal, dan kondisi metabolik. Ulasan terkini menekankan pendekatan diet yang menyeluruh, bukan larangan makanan secara tidak terarah (Yokose et al., 2021; Zhang et al., 2022; Jin et al., 2025). Edukasi perlu mendorong pilihan pangan beragam dan realistis sesuai kemampuan ekonomi serta kebiasaan lokal, sambil menekankan konsultasi bagi individu yang memiliki penyakit penyerta atau sedang menggunakan obat.

Kontribusi apoteker dalam kegiatan ini dapat terlihat melalui edukasi penggunaan obat secara rasional, klarifikasi informasi yang keliru, dan dorongan agar peserta tidak memulai atau menghentikan obat berdasarkan hasil skrining semata. Peserta perlu memahami bahwa obat penurun urat, obat untuk serangan akut, dan obat bebas memiliki tujuan serta aturan penggunaan yang berbeda. Penggunaan obat harus mengikuti penilaian dan rekomendasi tenaga kesehatan, khususnya pada individu dengan gangguan ginjal, penyakit kardiovaskular, atau penggunaan banyak obat. Pendekatan lintas profesi juga penting agar informasi skrining dapat ditindaklanjuti secara tepat.

Perbedaan kegiatan ini dari program terdahulu terletak pada penggabungan tiga komponen yang didokumentasikan dalam satu rangkaian: edukasi, evaluasi pengetahuan sebelum dan segera sesudah edukasi, serta skrining kadar asam urat. Kegiatan Marfianti et al. (2024) dan Dewi dan Merizka (2024) memberikan konteks bahwa skrining dan edukasi hiperurisemia telah dilakukan pada kelompok sasaran lain. Kegiatan ini menambahkan deskripsi kuantitatif perubahan skor pengetahuan dan distribusi hasil skrining pada peserta dewasa dan lanjut usia di Bangunjiwo. Namun, perbedaan tersebut merupakan nilai kontekstual

dan dokumentatif, bukan bukti bahwa model ini lebih efektif dibandingkan kegiatan lain karena tidak ada kelompok pembanding.

Keberlanjutan kegiatan sebaiknya diarahkan pada edukasi berkala melalui pertemuan masyarakat atau kader, penggunaan media informasi yang mudah dipahami, dan penguatan hubungan dengan fasilitas pelayanan kesehatan setempat. Evaluasi berikutnya dapat menggunakan instrumen yang sama dengan jeda waktu untuk mengukur retensi pengetahuan, disertai pengukuran perilaku yang lebih terstruktur. Untuk menilai tindak lanjut skrining, tim dapat mendokumentasikan jumlah peserta yang berkonsultasi atau menjalani pemeriksaan konfirmasi, tanpa membuka identitas pribadi. Pemantauan tersebut akan membantu menilai apakah informasi yang diberikan benar-benar mendorong tindakan kesehatan yang sesuai.

Keterbatasan utama kegiatan meliputi pemilihan peserta berdasarkan kehadiran, keterwakilan jenis kelamin yang terbatas pada perempuan, tidak tersedianya data lokal pembanding sebelum kegiatan, penggunaan kuesioner yang sama pada pretes dan postes, tidak adanya pengukuran pengetahuan jangka panjang, serta belum tersedianya data per butir dan data skrining yang dikelompokkan menurut usia. Informasi teknis mengenai merek POCT dan pengendalian mutu juga perlu dilengkapi. Karena kegiatan bersifat deskriptif tanpa kelompok kontrol, perubahan skor tidak dapat dipastikan semata-mata disebabkan oleh edukasi. Keterbatasan tersebut tidak meniadakan manfaat langsung kegiatan, tetapi menentukan batas klaim yang dapat disampaikan.

4. KESIMPULAN

Kegiatan edukasi pengendalian asam urat dan skrining hiperurisemia pada 52 perempuan berusia 32–74 tahun di Kalurahan Bangunjiwo terlaksana sebagai rangkaian promosi kesehatan komunitas. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 63,27 menjadi 87,31 atau sebesar 24,04 poin, dan proporsi kategori pengetahuan baik meningkat dari 36,54% menjadi 88,46%; perubahan ini menggambarkan hasil evaluasi segera setelah edukasi, bukan bukti retensi pengetahuan atau perubahan perilaku jangka panjang. Skrining menemukan 11 peserta (21,15%) dengan hasil >6 mg/dL berdasarkan pengelompokan deskriptif, yang harus dipahami sebagai informasi awal dan bukan diagnosis hiperurisemia atau gout. Kegiatan berikutnya perlu memperkuat edukasi berkala, pemantauan pola makan dan perilaku kesehatan, dokumentasi teknis pemeriksaan, serta tindak lanjut bersama kader dan fasilitas kesehatan setempat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta melalui Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) atas dukungan pendanaan kegiatan ini, serta kepada mitra dan masyarakat Kalurahan Bangunjiwo yang telah berpartisipasi. Kegiatan ini didanai berdasarkan Kontrak Nomor: SPK/019/LPPMUNJAYA/IV/2026.

DAFTAR PUSTAKA

Arsito, P. (2026). Combining community counseling and health screening: A preventive strategy for metabolic diseases in Puluhan Lor, Srandakan, Bantul, DIY. *Proceedings of the International Conference on Community Services*. https://doi.org/10.18196/iccs.v3i2.1023

Atmojo, J. T., Putra, N. S., Mubarok, A. S., Fajriah, A. S., & Widiyanto, A. (2021). Pemeriksaan kadar asam urat dan konseling di Kelurahan Bercak Wonosamudro Boyolali Jawa Tengah. *Jurnal Empathy Pengabdian kepada Masyarakat, 2*(2), 108–114. https://doi.org/10.37341/jurnalempathy.v0i0.35

Chinese Guidelines Working Group. (2025). 2024 update of Chinese guidelines for diagnosis and treatment of hyperuricemia and gout part I: Recommendations for general patients. *International Journal of Rheumatic Diseases, 28*(7), e70375. https://doi.org/10.1111/1756-185X.70375

Dewi, R. K., & Merizka, E. (2024). Peningkatan pengetahuan kesehatan dan skrining hiperuricemia pada guru SMA Muhammadiyah 11 Jakarta. *Shihatuna: Jurnal Pengabdian Kesehatan Masyarakat, 4*(2), 66–74. https://doi.org/10.30829/shihatuna.v4i2.19490

FitzGerald, J. D., Dalbeth, N., Mikuls, T., Brignardello-Petersen, R., Guyatt, G., Abeles, A. M., Gelber, A. C., Harrold, L. R., Khanna, D., King, C., Levy, G., Libbey, C., Mount, D. B., Pillinger, M. H., Rosenthal, A., Singh, J. A., Sims, J. E., Smith, B. J., Wenger, N. S., ... Neogi, T. (2020). 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout. *Arthritis Care & Research, 72*(6), 744–760. https://doi.org/10.1002/acr.24180

Jin, L., Wu, Q., Zhang, X., Guo, J., & Wang, F. (2025). Progress on dietary therapy for gout and hyperuricemia. *Basic & Clinical Medicine, 45*(3), 382–389. https://doi.org/10.16352/j.issn.1001-6325.2025.03.0382

Kosasih, R., Santoso, A. H., Wijaya, B. A., Andersan, J., & Lo, G. C. (2025). Pemeriksaan kadar asam urat sebagai skrining hiperurisemia: Strategi promotif dan preventif dalam menekan risiko gout. *Journal of Community Service and Empowerment, 4*(1). https://doi.org/10.59653/jcsse.v4i01.2107

Manuaba, I. A. R. W. (2025). Indonesian Rheumatology Association (IRA) recommendations for diagnosis and management of hyperuricemia and gouty arthritis. *Indonesian Journal of Rheumatology, 17*(2). https://doi.org/10.37275/ijr.v17i2.68

Marfianti, E., Fitriyati, Y., Budi Febriani, T., Suharni, A., & Widayati, S. (2024). Screening and counseling on hyperuricemia for the pre-elderly and elderly in Besi Sukoharjo Sleman Yogyakarta. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Medika, 4*(1), 18–24. https://doi.org/10.23917/jpmmedika.v4i1.2192

Mijaata, D. M., Santoso, A. H., Wijaya, B. A., Mahendri, R. D. P., & Philo, A. (2025). Pemeriksaan asam urat sebagai strategi promotif-preventif untuk pencegahan gout pada komunitas Lebak. *Journal of Public Health and Wellness, 4*(12). https://doi.org/10.58812/jpws.v4i12.2931

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Gout: Diagnosis and management (NICE guideline NG219).* https://www.nice.org.uk/guidance/ng219

Rosnah, R., Bau, A. S., Hasan, H., Petrus, P., Fathurrahman, T., Atoy, L., & Kasim, S. S. (2025). The importance of adolescent health screening as an effort for early detection of disease at SMAN 11 Konawe Selatan. *Jurnal Inovasi, Pemberdayaan dan Pengabdian Masyarakat, 5*(1), 18–25. https://doi.org/10.36990/jippm.v5i1.1686

Sari, N. N., Warni, H., Kurniasari, S., Herlina, H., & Agata, A. (2022). Upaya pengendalian kadar asam urat pada lansia melalui deteksi dini dan penyuluhan kesehatan. *SELAPARANG: Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan, 6*(4), 1666–1671. https://doi.org/10.31764/jpmb.v6i4.10948

Tambunan, N. A., Santoso, A. H., Gunaidi, F. C., Johan, R. F., & Haryanto, I. (2025). Upaya pengendalian hiperurisemia melalui skrining dan edukasi pada populasi dewasa di Gereja Asisi Jakarta. *Jurnal Pengabdian Bidang Kesehatan, 3*(2), 40–46. https://doi.org/10.57214/jpbidkes.v3i2.189

Tirta, J., Rosyanti, L., Saranani, M., Hadi, I., Sinosi, A. M. H., & Maharani, N. P. D. A. W. (2025). Health education and proteinuria screening for early detection of chronic kidney failure risk in adolescents. *Jurnal Inovasi, Pemberdayaan dan Pengabdian Masyarakat, 5*(2), 149–157. https://doi.org/10.36990/jippm.v5i2.1783

Yokose, C., McCormick, N., & Choi, H. K. (2021). Dietary and lifestyle-centered approach in gout care and prevention. *Current Rheumatology Reports, 23*(7), 51. https://doi.org/10.1007/s11926-021-01020-y

Yokose, C., McCormick, N., & Choi, H. K. (2021). The role of diet in hyperuricemia and gout. *Current Opinion in Rheumatology, 33*(2), 135–144. https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000779

Zhang, Y., Chen, S., Yuan, M., Xu, Y., & Xu, H. (2022). Gout and diet: A comprehensive review of mechanisms and management. *Nutrients, 14*(17), 3525. https://doi.org/10.3390/nu14173525