

Bunga Rampai

KEPERAWATAN KOMUNITAS

DALAM PROGRAM KESEHATAN PREVENTIF DAN KURATIF

Erika Lubis • Eli Indawati • Widanarti Setyaningsih
Zubaida Rohmawati • Supriadi • Putri Mayang Sari

Editor: Agustina Rahmawati



BUNGA RAMPAI

KEPERAWATAN KOMUNITAS

DALAM PROGRAM KESEHATAN PREVENTIF

DAN KURATIF

Penulis:

Erika Lubis, S.Kp., MN.

Eli Indawati S.Kep., Ns., M.Kep.

Widanarti Setyaningsih, S.Kp., MN.

Ns. Zubaida Rohmawati, MPH.

Dr. Drs. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.

Ns. Putri Mayang Sari, S.Kep., M.K.M.

Editor:

Agustina Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Kom.



Bunga Rampai Keperawatan Komunitas dalam Program Kesehatan Preventif dan Kuratif

Penulis: Erika Lubis, S.Kp., MN.

Eli Indawati S.Kep., Ns., M.Kep.

Widanarti Setyaningsih, S.Kp., MN.

Ns. Zubaida Rohmawati, MPH.

Dr. Drs. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.

Ns. Putri Mayang Sari, S.Kep., M.K.M.

Editor: Agustina Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-634-7139-96-2

Cetakan Pertama: Maret 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IAKPI (624/DKI/2022)



PRAKATA



Buku "**Bunga Rampai Keperawatan Komunitas dalam Program Kesehatan Preventif dan Kuratif**" ini hadir sebagai kontribusi nyata dalam mengembangkan pemahaman tentang peran penting keperawatan komunitas dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam era globalisasi dan tantangan kesehatan yang semakin kompleks, keperawatan komunitas menjadi garda terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang holistik dan berbasis masyarakat. Buku ini berisi berbagai topik yang relevan dengan tantangan di lapangan, seperti deteksi dini penyakit kardiovaskular, peningkatan kualitas hidup penderita HIV/AIDS, serta peran perawat dalam skrining kanker serviks, pencegahan cedera, perawatan penyakit kronis, dan program kesehatan untuk penyakit kulit. Dengan berbagai pengetahuan dan pendekatan yang disajikan oleh para penulis, diharapkan buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi para praktisi, akademisi, dan masyarakat luas dalam mengimplementasikan program kesehatan preventif dan kuratif di komunitas.

Penyusunan buku ini melibatkan berbagai ahli dalam bidang keperawatan komunitas yang memiliki pengalaman luas di bidangnya. Setiap bab dirancang untuk memberikan wawasan mendalam mengenai peran dan tantangan yang dihadapi perawat komunitas dalam menjalankan tugasnya, baik dalam mencegah maupun mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat. Dengan fokus pada pendekatan preventif dan kuratif, buku ini tidak hanya memberikan pengetahuan teoritis tetapi juga praktik terbaik yang dapat diadaptasi di berbagai kondisi dan kebutuhan masyarakat. Harapan kami, buku ini dapat menjadi sarana edukasi yang berharga dalam meningkatkan keterampilan dan pemahaman para tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam memberikan pelayanan yang lebih efektif di tingkat komunitas.

Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi positif dalam pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam upaya mendukung program kesehatan yang lebih berorientasi pada pencegahan dan perawatan yang berbasis pada kebutuhan komunitas. Kami juga berharap pembaca dapat memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai peran vital perawat komunitas dalam mewujudkan kesehatan yang lebih baik bagi masyarakat, serta mendorong kolaborasi yang lebih erat antara berbagai sektor dalam rangka menciptakan lingkungan yang sehat dan sejahtera.

Editor



DAFTAR ISI



PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
CHAPTER 1 DETEKSI DINI PENYAKIT KARDIOVASKULAR DALAM KOMUNITAS	1
Erika Lubis, S.Kp., MN.....	1
A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Overview Penyakit Kardiovaskular di Indonesia.	2
C. Dampak Penyakit Kardiovaskular.....	5
D. Pencegahan Penyakit Kardiovaskular.....	6
E. Deteksi Dini Penyakit Kardiovaskular.....	10
F. Peran Perawat komunitas dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular	12
G. Tantangan dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular.....	14
H. Simpulan	15
I. Referensi.....	16
J. Glosarium.....	20
CHAPTER 2 PERAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENDERITA HIV/AIDS	21
Eli Indawati S.Kep., Ns., M.Kep.....	21
A. Pendahuluan/Prolog	21
B. Konsep Keperawatan Komunitas.....	22
C. Peran Keperawatan Komunitas	23
D. Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS.....	24
E. Strategi Edukasi Kesehatan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS	25
F. Simpulan	27
G. Referensi.....	29
CHAPTER 3 PERAN PERAWAT KOMUNITAS DALAM PROGRAM SKRINING KANKER SERVIKS	31
Widanarti Setyaningsih, S.Kp., MN.....	31
A. Pendahuluan.....	31
B. Kanker leher rahim/ Kanker Servix.....	32

C. Peran Perawat Komunitas Dalam Upaya Pencegahan Kanker leher rahim (CA Cervix)	36
D. Simpulan	38
E. Referensi.....	38
F. Glosarium.....	39

CHAPTER 4 PENGEMBANGAN PROGRAM PENCEGAHAN CEDERA DI KOMUNITAS41

Ns. Zubaida Rohmawati, MPH.....	41
A. Pendahuluan.....	41
1. Latar Belakang.....	41
2. Kerangka Teoritis Pencegahan Cedera	42
3. Peran Keperawatan Komunitas dalam Pencegahan Cedera	44
4. Strategi Pengembangan Program Pencegahan Cedera	46
5. Studi Kasus dan <i>Best Practices</i>	49
6. Tantangan dan Solusi	52
B. Pentingnya mengatasi tantangan dalam program pencegahan cedera:	54
C. Kesimpulan	54
D. Referensi.....	55

CHAPTER 5 KEPERAWATAN KOMUNITAS DALAM PERAWATAN PENYAKIT KRONIS BERBASIS RUMAH57

Dr. Drs. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.....	57
A. Pendahuluan.....	57
B. Keperawatan Komunitas Dalam Perawatan Penyakit Kronis Berbasis Rumah	58
C. Simpulan	68
D. Referensi.....	69
E. Glosarium.....	70

CHAPTER 6 PROGRAM KEPERAWATAN UNTUK PENYAKIT KULIT DI KOMUNITAS73

Ns. Putri Mayang Sari, S.Kep., M.K.M	73
A. Pendahuluan/Prolog	73
B. Penyakit Kulit di Komunitas.....	75
C. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.....	83
D. Simpulan	86
E. Referensi.....	87

F. Glosarium.....	88
PROFIL PENULIS.....	89

CHAPTER 1

DETEKSI DINI PENYAKIT KARDIOVASKULAR DALAM KOMUNITAS

Erika Lubis, S.Kp., MN.

A. Pendahuluan/Prolog

Penyakit kardiovaskular (PKV) merupakan salah satu bagian dari penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi isu besar yang sedang dihadapi oleh berbagai negara maju maupun negara yang sedang berkembang di seluruh dunia. Penyakit tidak menular (PTM) adalah kelompok penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi seperti diabetes mellitus, penyakit kanker, penyakit kardiovaskular dan cenderung berkembang secara perlahan. Penyakit kardiovaskular (PKV) adalah kategori penyakit yang melibatkan jantung dan pembuluh darah, (Kemenkes, 2020; Sartono & Sumantri 2021). PKV merupakan penyebab utama kematian global dan yang menjadikan salah satu tantangan serius dalam dunia kesehatan. Beberapa jenis penyakit dan faktor resiko yang termasuk pada penyakit kardiovaskular diantaranya hipertensi, penyakit jantung koroner, hipercolesterolemia, diabetes melitus dan stroke. Jenis penyakit ini sering terjadi di masyarakat yang memberikan kontribusi terbesar pada angka kesakitan dan bahkan angka kematian (Kemenkes RI, 2021; WHO, 2021).

Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2021), mengatakan penyakit kardiovaskular adalah penyakit yang menyebabkan kematian utama secara global. Diperkirakan 17,9 juta orang meninggal karena penyakit kardiovaskular pada tahun 2019, mengawali 32% dari seluruh kematian global. Dari kematian tersebut, 85% disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Lebih dari tiga perempat kematian akibat penyakit kardiovaskular terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Dari 17 juta kematian dini-dibawah usia 70 tahun sebagai akibat penyakit tidak menular, 38% disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Selain itu, penyakit kardiovaskular merupakan penyakit yang dapat menggerus biaya dan dianggap sebagai penyakit yang memerlukan biaya yang sangat besar. Masyarakat yang berpendapatan rendah dan menengah adalah kelompok yang paling terkena dampaknya. Di tingkat rumah tangga, ada bukti mengatakan bahwa penyakit kardiovaskular dan penyakit tidak menular lainnya berkontribusi terhadap kemiskinan karena besarnya belanja kesehatan dan tingginya pengeluaran yang harus dikeluarkan sendiri. Pada tingkat makro-ekonomi, PKV memberikan beban

berat pada perekonomian negara-negara berpendapatan rendah dan menengah sehingga dapat menyebabkan beban anggaran negara. Pada tahun 2035, para ahli memperkirakan bahwa 45% orang dewasa Amerika akan menderita penyakit ini, dan biaya tahunannya akan melebihi \$1 triliun (*American Heart Association*, 2017).

Di Indonesia, prevalensi penyakit kardiovaskular juga menunjukkan angka mengalami peningkatan secara signifikan, dengan lebih dari 3 juta orang diperkirakan menderita penyakit jantung dan stroke. Menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021), penyakit jantung dan stroke telah menjadi penyebab utama kematian dinegara ini. Salah satu tantangan utama adalah kurangnya akses ke perawatan medis yang memadai di daerah-daerah terpencil, yang memperburuk angka kejadian penyakit kardiovaskular. Selain itu berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) angka kejadian penyakit hipertensi di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2018 sebanyak 34,1% yang berarti 1 dari antara 3 orang dewasa in Indonesia mengalami hipertensi, disertai dengan trend pergeseran usia, dimana saat ini usia dewasa awal yang semakin banyak mengalami penyakit kardiovaskular sehingga memberikan proporsi peningkatan angka kejadian tersebut.

Mengingat tingginya angka kejadian penyakit kardiovaskular, dan sebagian besar penyakit kardiovaskular dapat dicegah dengan mengatasi faktor risiko perilaku dan lingkungan seperti penggunaan tembakau, pola makan tidak sehat dan obesitas, kurangnya aktivitas fisik, penggunaan alkohol yang berbahaya, dan polusi udara maka penting untuk mendeteksi penyakit kardiovaskular sedini mungkin agar penanganan dengan konseling dan pengobatan dapat dimulai (WHO, 2024). Selain itu, tindakan pencegahan atau preventif yang berbasis komunitas sangat diperlukan untuk mencegah jangan sampai terjadi penyakit tersebut. Salah satu tindakan pencegahan penyakit kardiovaskular yaitu deteksi dini. Deteksi dini adalah salah satu tindakan yang dapat dilakukan oleh individu sebagai anggota masyarakat yang tentunya keikutsertaan petugas fasilitas pelayanan kesehatan menjadi kunci utama dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit ini. Deteksi dini dapat mengidentifikasi individu berisiko tinggi sehingga mereka dapat segera menerima intervensi medis yang diperlukan untuk menghindari komplikasi yang lebih serius, (Babaee Beigi et al., 2014).

B. Overview Penyakit Kardiovaskular di Indonesia.

Penyakit kardiovaskular (PKV) adalah kelompok penyakit yang melibatkan jantung dan pembuluh darah. Penyakit ini mencakup berbagai kondisi, seperti penyakit jantung koroner (PJK), hipertensi, stroke, gagal jantung, penyakit pembuluh darah perifer, dan aritmia. PKV merupakan salah satu penyebab utama morbiditas

dan mortalitas di seluruh dunia, yang berkontribusi pada hampir sepertiga kematian global. Secara keseluruhan, penyakit ariovaskular tetap menjadi tantangan besar dalam bidang kesehatan masyarakat, terutama di negara-negara berkembang dan negara maju (*World Health Organization* [WHO], 2019).

Beberapa jenis penyakit yang termasuk pada kategori PKV antara lain:

1. Penyakit Jantung Koroner (PJK).

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan salah satu bentuk penyakit kardiovaskular yang paling umum, yang terjadi akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah koroner yaitu pembuluh darah yang membawa darah dari jantung menuju ke otot jantung sehingga sel-sel yang merupakan bagian dari otot jantung dapat bekerja secara maksimal. Hal ini sering disebabkan oleh penumpukan plak lemak yang disebut aterosklerosis. Penyumbatan ini dapat mengurangi aliran darah ke jantung dan menyebabkan nyeri dada (angina) atau bahkan serangan jantung (Porth, 2019). Menurut studi yang dilakukan oleh Yusuf et al. (2019), PJK menyumbang sekitar 60% dari total kejadian penyakit kardiovaskular di seluruh dunia. Selain itu, risiko PJK dapat meningkat dengan faktor-faktor seperti usia, pola makan yang tidak sehat, kebiasaan merokok, dan kurangnya aktivitas fisik.

2. Hipertensi atau Tekanan Darah Tinggi.

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko utama dari jenis penyakit kardiovaskular. Hipertensi terjadi ketika tekanan di pembuluh darah terlalu tinggi (140/90 mmHg atau lebih tinggi). Hal ini biasa terjadi tetapi bisa menjadi serius jika tidak diobati. Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat merusak dinding pembuluh darah, mempercepat perkembangan aterosklerosis, dan meningkatkan beban kerja jantung. Penderita tekanan darah tinggi mungkin tidak merasakan gejala apa pun. Satu-satunya cara untuk mengetahuinya adalah dengan memeriksakan tekanan darah. Hal-hal yang dapat meningkatkan risiko terkena tekanan darah tinggi antara lain: usia tua, genetika, kelebihan berat badan atau obesitas, tidak aktif secara fisik, diet tinggi garam, minum terlalu banyak alkohol, Perubahan gaya hidup seperti makan makanan yang lebih sehat, berhenti merokok dan menjadi lebih aktif dapat membantu menurunkan tekanan darah. Beberapa orang mungkin masih perlu minum obat (Pratiwi & Mulyani, 2017). WHO (2020) melaporkan bahwa sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi, dengan prevalensi yang lebih tinggi di negara berkembang akibat pola hidup yang kurang sehat dan keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai. Diperkirakan 1,28 miliar orang dewasa berusia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Diperkirakan 46% orang

dewasa penderita hipertensi tidak menyadari bahwa mereka mengidap penyakit tersebut. Kurang dari separuh orang dewasa (42%) penderita hipertensi didiagnosis dan diobati. Sekitar 1 dari 5 orang dewasa (21%) dengan hipertensi dapat mengendalikannya. Hipertensi merupakan penyebab utama kematian dini di seluruh dunia. Salah satu target global untuk penyakit tidak menular adalah mengurangi prevalensi hipertensi sebesar 33% antara tahun 2010 dan 2030(WHO 2023).

3. Penyakit pembuluh darah perifer (PPD).

Penyakit pembuluh darah perifer (PPD) adalah kondisi di mana pembuluh darah yang membawa darah ke lengan dan kaki mengalami penyumbatan atau penyempitan. PPD sering kali disebabkan oleh aterosklerosis, yang dapat menyebabkan rasa sakit, kram, dan kesulitan bergerak. Studi oleh Fowkes et al. (2017) menunjukkan bahwa PPD sering kali terkait dengan peningkatan risiko penyakit jantung koroner dan stroke, menjadikannya faktor risiko yang signifikan dalam konteks penyakit kardiovaskular secara keseluruhan.

4. Gagal jantung

Gagal jantung merupakan salah satu jenis penyakit kardiovaskular yang terjadi ketika jantung tidak mampu memompa darah secara efisien untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Gagal jantung dapat disebabkan oleh berbagai kondisi, termasuk serangan jantung, hipertensi kronis, dan penyakit katup jantung. Menurut sebuah penelitian oleh McMurray dan Jackson (2020), prevalensi gagal jantung terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia populasi global, serta seringkali diikuti dengan penurunan kualitas hidup yang signifikan.

5. Stroke

Stroke adalah jenis lain dari penyakit kardiovaskular yang terjadi akibat gangguan pasokan darah ke otak. Hal ini dapat terjadi karena pembuluh darah otak tersumbat oleh gumpalan darah atau pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan perdarahan di otak. Stroke dapat menyebabkan kerusakan otak yang permanen dan disabilitas, serta meningkatkan risiko kematian. Menurut data dari *American Heart Association* (AHA, 2021), stroke adalah penyebab utama kedua kematian terkait penyakit kardiovaskular, dengan angka kejadian yang terus meningkat seiring bertambahnya usia populasi global.

Angka kejadian penyakit kardiovaskular di dunia terus meningkat, dan banyak dari kasus ini dapat dicegah dengan mengelola faktor risiko yang ada. Menurut studi *Global Burden of Disease* (GBD) yang dilakukan oleh Forouzanfar et al. (2016), prevalensi penyakit kardiovaskular meningkat pesat di negara-negara berkembang karena perubahan pola makan, peningkatan konsumsi

alkohol, dan meningkatnya tingkat obesitas. Oleh karena itu, penting untuk memperhatikan faktor risiko tersebut sebagai bagian dari strategi pencegahan yang lebih luas.

Salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular adalah pola makan yang buruk, terutama konsumsi makanan tinggi lemak jenuh, garam, dan gula. Banyak penelitian menunjukkan bahwa diet yang buruk berkontribusi besar terhadap terjadinya hipertensi, obesitas, dan diabetes tipe 2, yang semuanya meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular. Penelitian yang dilakukan oleh Dehghan et al. (2020) menyebutkan bahwa diet tidak sehat mengakibatkan hampir 50% kematian yang terkait dengan penyakit jantung di seluruh dunia, dengan peningkatan risiko pada individu yang mengonsumsi makanan tinggi kalori namun rendah gizi.

C. Dampak Penyakit Kardiovaskular

Berdasarkan data prevalensi penyakit kardiovaskular yang menunjukkan peningkatan dari tahun ketahun, maka hal ini dapat memberikan dampak yang buruk bagi individu sebagai anggota masyarakat dan juga bagi ekonomi bangsa dan negara. Berikut ini adalah beberapa dampak PKV

1. PKV berkontribusi terhadap tingginya angka kematian dan kecacatan di Indonesia. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, penyakit jantung dan pembuluh darah mencatatkan angka kematian tertinggi di Indonesia, yakni lebih dari 30% dari total kematian di negara ini. Secara lebih rinci, stroke merupakan penyebab kematian nomor satu di Indonesia, dengan angka kematian sekitar 7,5% dari total kematian tahunan (Kemenkes, 2021).
2. Penyakit kardiovaskular memiliki dampak yang signifikan pada kualitas hidup individu, keluarga dan masyarakat. Kondisi kronis yang terkait dengan penyakit jantung, seperti gagal jantung, sering kali menyebabkan keterbatasan fisik yang memengaruhi kemampuan individu untuk bekerja, beraktivitas, dan berinteraksi dalam kehidupan sosial mereka. Dalam hal ini, perawat komunitas dapat membantu pasien dan keluarga mereka dengan menyediakan dukungan emosional, pelatihan tentang cara hidup dengan kondisi jantung yang kronis, serta merencanakan strategi untuk meningkatkan kualitas hidup mereka (Vellone et al., 2017).
3. Dampak sosial dari penyakit kardiovaskular tidak hanya dirasakan oleh individu yang terkena, tetapi juga oleh komunitas secara keseluruhan. Ketidakmampuan pasien untuk bekerja atau berpartisipasi dalam kegiatan sosial dapat menyebabkan isolasi sosial, stres, dan depresi. Perawat komunitas perlu bekerja secara kolaboratif dengan organisasi lokal dan kelompok dukungan untuk

menciptakan lingkungan yang inklusif bagi individu dengan penyakit kardiovaskular, serta mendorong partisipasi mereka dalam kegiatan sosial untuk memperbaiki kesejahteraan emosional dan mental mereka (Sorkin et al., 2021).

4. Dampak penyakit kardiovaskular terhadap masyarakat juga mencakup peningkatan beban ekonomi. Biaya perawatan kesehatan yang tinggi, terutama untuk pasien dengan komplikasi jantung kronis, dapat membebani sistem kesehatan, keluarga, dan komunitas secara keseluruhan. Perawat komunitas dapat membantu masyarakat dalam memahami cara mengelola penyakit jantung mereka secara efektif, mengurangi kebutuhan akan rawat inap yang mahal, dan membantu keluarga dalam memberikan dukungan perawatan di rumah (McMurray & Jackson, 2020). Oleh karena itu, pendekatan keperawatan yang lebih proaktif dalam mencegah penyakit ini dapat membantu mengurangi beban ekonomi jangka panjang.

D. Pencegahan Penyakit Kardiovaskular

Menilik semakin tingginya angka kejadian dan kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskular pada masyarakat baik di negara yang berpenghasilan rendah maupun negara yang berpenghasilan tinggi, maka perlu diberikan perhatian khusus pada pencegahan terjadinya penyakit ini serta pencegahan komplikasi apabila sudah sempat mengalami penyakit kardiovaskular. Penyakit kardiovaskular dapat dicegah dengan tingkat keberhasilan 90 % (Kemenkes RI, 2019: *Center for Disease Control and Prevention* 2020: WHO, 2021).

Konsep pencegahan penyakit kardiovaskular dapat dipahami melalui dua pendekatan utama: pencegahan primer dan sekunder. Pencegahan primer bertujuan untuk menghindari terjadinya penyakit pada individu yang sehat, sementara pencegahan sekunder bertujuan untuk mencegah berkembangnya penyakit lebih lanjut pada individu yang sudah memiliki faktor risiko atau gejala awal,(*American Heart Association*, 2020).

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit.Hal ini mencakup langkah-langkah untuk mengurangi faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit kardiovaskular. Faktor-faktor risiko utama meliputi hipertensi, kolesterol tinggi, diabetes mellitus, kebiasaan merokok, dan pola makan yang tidak sehat. Strategi pencegahan primer dapat dicapai melalui beberapa tindakan yaitu edukasi, promosi dan kebijakan publik.

a. Edukasi Kesehatan

Edukasi kesehatan merupakan salah satu tindakan berupa memberikan ilmu pengetahuan atau menyampaikan informasi kepada masyarakat tentang

penyakit kardiovaskular serta dampak yang dapat disebabkan oleh penyakit tersebut baik secara individu, keluarga, masyarakat dan negara (The Lancet, 2020). Pengetahuan tentang penyakit kardiovaskular merupakan komponen penting dalam pencegahan primer. Selain itu edukasi kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pencegahan penyakit kardiovaskular berperan sangat penting dalam menurunkan prevalensi penyakit jantung. Apabila seseorang atau masyarakat sudah mengetahui tentang penyakit tersebut, maka diharapkan akan membawa dampak terhadap peningkatan kesadaran serta perubahan perilaku. Menurut Baker et al (2021), pendidikan yang efektif dapat membantu masyarakat untuk lebih sadar dan bertindak preventif terhadap penyakit. Lebih lanjut lagi Program edukasi berbasis komunitas dapat memfasilitasi perubahan perilaku untuk mengurangi kebiasaan merokok, meningkatkan pola makan sehat, dan mempromosikan olahraga sebagai langkah preventif utama (Baker et al., 2021). Edukasi kesehatan penyakit kardiovaskular sangat penting karena dapat membantu masyarakat memahami faktor risiko dan dampak dari penyakit itu sendiri, serta mendorong perubahan perilaku yang lebih sehat. Selain itu, program edukasi ini berperan dalam mengurangi beban sosial, ekonomi, dan kesehatan di berbagai tingkat, dari individu hingga negara

b. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa kebaikan yang berupa perubahan perilaku, baik individu, komunitas atau masyarakat serta lingkungannya, (Nutbeam, 2019). Promosi kesehatan merupakan pendekatan yang berbasis pada perubahan perilaku untuk meningkatkan kualitas hidup individu, keluarga, komunitas, dan masyarakat. Badan kesehatan dunia juga menggaris bawahi pentingnya pengembangan kebijakan dan program yang mendukung promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan, mengubah perilaku, serta menciptakan lingkungan yang mendukung hidup sehat. Program ini melibatkan perubahan perilaku di tingkat individu, komunitas, dan lingkungan untuk menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan produktif. (World Health Organization [WHO], 2018).

Program promosi kesehatan ini dapat dilakukan berupa kampanye pencegahan penyakit kardiovaskular seperti melaksanakan pola makan sehat - diet rendah garam, rendah lemak jenuh, dan tinggi serat dapat membantu menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL) serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL), yang pada gilirannya mengurangi risiko penyakit jantung. Mengonsumsi makanan yang kaya akan omega-3, seperti ikan berlemak, serta

banyak buah dan sayuran, juga telah terbukti efektif dalam menjaga kesehatan jantung. Penerapan pola makan yang seimbang dan penuh gizi sangat dianjurkan untuk menghindari penyakit kardiovaskular (Mozaffarian et al., 2018). Selain itu promosi untuk melakukan aktivitas fisik secara teratur adalah salah satu metode pencegahan yang paling efektif terhadap PKV. Berolahraga setidaknya 150 menit per minggu dengan intensitas sedang, seperti berjalan cepat atau bersepeda, dapat meningkatkan kesehatan jantung dan pembuluh darah. Selain itu, olahraga dapat membantu menurunkan berat badan, meningkatkan fungsi kardiovaskular, serta mengurangi stres dan kecemasan, yang merupakan faktor risiko lainnya. Rutin berolahraga juga dapat membantu mengatur kadar gula darah dan tekanan darah, dua faktor yang terkait erat dengan risiko PKV (Pescatello et al., 2020).

Dalam laporan "*Promoting Health in the Community: A Guide for Action*", *Public Health Agency of Canada* (PHAC) menyatakan bahwa promosi kesehatan adalah pendekatan yang berfokus pada perubahan sosial dan lingkungan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. PHAC menekankan bahwa promosi kesehatan bukan hanya tentang mengubah perilaku individu, tetapi juga mencakup perubahan dalam kebijakan publik, lingkungan, dan sistem sosial yang mendukung gaya hidup sehat. Oleh karena itu, promosi kesehatan dapat membawa manfaat yang lebih luas dengan menciptakan lingkungan yang lebih sehat di tingkat komunitas dan masyarakat secara keseluruhan. (PHAC, 2019).

c. Kebijakan publik

Kebijakan publik juga sangat penting dalam pencegahan penyakit kardiovaskular. Pemerintah dapat berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung pola hidup sehat melalui kebijakan atau regulasi yang mempromosikan akses terhadap makanan sehat, fasilitas olahraga, serta layanan kesehatan yang memadai. Pengaturan mengenai kandungan garam, gula, dan lemak dalam makanan yang diproduksi massal juga dapat membantu masyarakat untuk memilih makanan yang lebih sehat. Kebijakan ini dapat membantu menurunkan prevalensi PKV di masyarakat secara keseluruhan (Nesbitt et al., 2017). Kebijakan publik yang mendukung pencegahan PTM, seperti regulasi pengurangan konsumsi garam, gula, dan lemak trans, serta pengaturan iklan makanan dan minuman yang tidak sehat. Dalam laporannya, CDC memaparkan bahwa intervensi untuk mencegah penyakit jantung perlu melibatkan kebijakan kesehatan masyarakat serta pendidikan kesehatan. (*Centers for Disease Control and Prevention [CDC]*, 2018).

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder bertujuan untuk mendeteksi dini penyakit kardiovaskular melalui pemeriksaan rutin sehingga pengobatan dapat dilakukan lebih cepat. Kegiatan ini berfokus pada individu yang telah terdiagnosa dengan penyakit kardiovaskular atau memiliki faktor risiko tinggi. Tujuan utamanya adalah untuk mencegah progresi penyakit atau munculnya komplikasi lebih lanjut. Pengelolaan yang tepat terhadap kondisi seperti hipertensi, diabetes, dan dislipidemia sangat penting dalam tahap ini. Penelitian oleh Khan et al. (2019) menunjukkan bahwa tata laksana awal dan tata laksana segera dan tepat seperti evaluasi tekanan darah tinggi, evaluasi kadar kolesterol dalam darah, indeks massa tubuh (IMT), kadar gula darah secara rutin dan berkala dapat secara signifikan mengurangi insiden kejadian kardiovaskular pada pasien yang telah mengalami infark miokard akut. Selain itu, pengelolaan stres psikososial juga penting untuk mencegah perkembangan penyakit lebih lanjut (Mancia et al., 2018). Dalam konteks mengurangi dampak dari PKV yang sudah berkembang dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen penyakit bagi penderita penyakit kardiovaskular, dengan program rehabilitasi, perawatan jangka panjang, dan pendampingan psikososial. Pengelolaan penyakit kronis, termasuk edukasi mengenai cara hidup dengan kondisi penyakit tertentu dan pengelolaan efek samping pengobatan.

Dalam rangka pencapaian pencegahan PKV yang efektif, baik pencegahan primer maupun pencegahan sekunder, memerlukan keterlibatan berbagai pihak. Beberapa pihak yang terlibat antara lain:

a. Pemerintah

Bertanggung jawab untuk merancang dan menerapkan kebijakan kesehatan yang mendukung gaya hidup sehat, seperti pengaturan pajak pada makanan tidak sehat, kampanye anti-merokok, menyediakan fasilitas kesehatan yang mudah diakses serta berbagai media elektronik, sosial dan lain sebagainya.

b. Tenaga Kesehatan

Dokter, perawat, dan ahli gizi memiliki peran penting dalam memberikan informasi dan layanan skrining untuk deteksi dini, serta meresepkan pengobatan untuk mengelola faktor risiko.

c. Masyarakat

Warga harus aktif dalam mengikuti program edukasi kesehatan, berpartisipasi dalam kampanye gaya hidup sehat, dan mempraktikkan kebiasaan hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari.

d. Organisasi Non-Pemerintah (NGO)

NGO berperan dalam melakukan kampanye kesadaran masyarakat dan mendukung program kesehatan preventif di tingkat lokal.

e. Sektor Swasta

Perusahaan, terutama yang bergerak di bidang makanan dan minuman, memiliki tanggung jawab sosial untuk menyediakan produk yang lebih sehat serta mendukung kebijakan pemerintah dalam mengurangi faktor risiko PKV.

E. Deteksi Dini Penyakit Kardiovaskular

Deteksi dini penyakit kardiovaskular merujuk pada upaya untuk mengidentifikasi penyakit jantung dan pembuluh darah pada tahap awal, sebelum gejala klinis yang lebih berat muncul. Tujuan utamanya adalah untuk mengurangi tingkat kematian dan komplikasi yang timbul akibat penyakit ini melalui pengelolaan yang lebih awal dan lebih baik. Dalam konteks ini, deteksi dini tidak hanya mencakup pengenalan penyakit jantung, tetapi juga identifikasi faktor risiko seperti hipertensi, hiperlipidemia, dan diabetes mellitus yang dapat menyebabkan penyakit kardiovaskular. Menurut *American Heart Association* (2020), deteksi dini berfokus pada pemantauan kesehatan jantung melalui pemeriksaan rutin dan tes diagnostik yang sesuai dengan faktor risiko individu. Beberapa langkah utama dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular antara lain:

1. Pemantauan Tekanan Darah

Salah satu langkah konkret dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular adalah pemantauan atau pemeriksaan tekanan darah yang rutin dan berkala. Hal ini dikarenakan penyakit tekanan darah tinggi (Hipertensi) adalah faktor risiko utama untuk terjadinya penyakit jantung koroner, stroke dan gagal jantung. Pemeriksaan rutin tekanan darah pada individu dewasa dapat membantu mendeteksi penyakit hipertensi yang dapat diobati jika terdeteksi sejak dini serta mencegah komplikasi lebih lanjut. Sebuah studi yang dilakukan oleh Chobanian et al (2019) menunjukkan bahwa pengendalian tekanan darah yang baik melalui deteksi dini dapat mengurangi insiden penyakit kardiovaskular secara signifikan.

2. Skrining kadar kolesterol

Kadar kolesterol tinggi dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah dan meningkatkan risiko penyakit jantung. Skrining kadar kolesterol juga merupakan bagian integral dari deteksi dini penyakit kardiovaskular. Kolesterol tinggi, khususnya LDL (kolesterol jahat), berperan dalam pembentukan plak di dinding arteri yang dapat menyebabkan aterosklerosis. Pengukuran kadar kolesterol secara teratur dapat membantu menentukan risiko penyakit jantung dan memungkinkan intervensi yang lebih awal, seperti perubahan diet dan penggunaan statin jika diperlukan. Rizzo et al. (2018) mengungkapkan bahwa

skrining kolesterol yang lebih awal dapat mencegah perkembangan penyakit jantung pada individu dengan risiko tinggi.

3. Pemeriksaan Glukosa Darah

Diabetes melitus merupakan salah satu faktor risiko besar untuk penyakit jantung. Oleh karena itu, tes glukosa darah perlu dilakukan untuk mendeteksi diabetes atau gangguan metabolismik lainnya yang dapat meningkatkan risiko PKV. Mendeteksi diabetes pada tahap awal melalui tes gula darah atau tes toleransi glukosa dapat membantu individu melakukan perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk mengurangi dampak penyakit jantung. Menurut sebuah penelitian oleh Zhu et al. (2017), individu dengan diabetes tipe 2 yang tidak terdeteksi lebih berisiko mengalami komplikasi kardiovaskular, termasuk serangan jantung dan stroke, karena ketidakseimbangan gula darah yang tidak terkontrol.

4. Pemantauan Berat Badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Kelebihan berat badan dan obesitas berhubungan erat dengan meningkatnya risiko penyakit jantung. Pemeriksaan IMT secara teratur dapat memberikan gambaran tentang risiko obesitas.

5. Pemeriksaan EKG – Rekam jantung

Electrocardiogram (EKG) adalah salah satu metode yang digunakan untuk mendeteksi masalah jantung secara dini. Tes EKG ini mengukur aktivitas listrik jantung dan dapat mengidentifikasi kelainan irama jantung (aritmia) atau kerusakan pada otot jantung yang mungkin belum menunjukkan gejala klinis. Menurut penelitian oleh Umapathy et al. (2019), pemeriksaan EKG yang rutin pada individu dengan faktor risiko tinggi dapat mengidentifikasi perubahan jantung yang berpotensi berbahaya, seperti fibrilasi atrium, yang meningkatkan risiko stroke dan gagal jantung.

6. Pemeriksaan Stres Jantung (*Stress Test*).

Tes stres jantung adalah tes diagnostik yang digunakan untuk menilai bagaimana jantung bereaksi terhadap stres fisik, seperti latihan. Tes ini sangat berguna dalam mendeteksi penyakit jantung koroner, yang seringkali tidak menunjukkan gejala sampai penyakit sudah berkembang. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Kallistratos et al. (2018), tes stres menunjukkan tingkat akurasi yang tinggi dalam mengidentifikasi penyempitan arteri jantung, bahkan pada individu yang tidak mengalami gejala nyeri dada atau sesak napas.

7. Pemeriksaan Genetik.

Selain faktor gaya hidup dan lingkungan, faktor genetik juga memainkan peran penting dalam perkembangan penyakit kardiovaskular. Pemeriksaan genetik dapat membantu mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi untuk

mengalami penyakit jantung akibat faktor keturunan. Sebuah penelitian oleh Franks et al. (2019) menunjukkan bahwa tes genetik dapat memperkirakan risiko penyakit jantung koroner pada individu yang memiliki riwayat keluarga dengan penyakit jantung, sehingga memungkinkan tindakan pencegahan yang lebih awal.

F. Peran Perawat komunitas dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular

Program deteksi dini tidak hanya terbatas pada fasilitas kesehatan formal seperti rumah sakit atau puskesmas, tetapi juga dapat dilakukan di tingkat komunitas. Program seperti Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) telah diimplementasikan di banyak daerah di Indonesia. Posbindu PTM memberikan layanan pemeriksaan kesehatan dasar, termasuk pemeriksaan tekanan darah, glukosa darah, dan kolesterol, kepada masyarakat secara rutin. Hal ini membantu menemukan individu yang berisiko tinggi terhadap penyakit kardiovaskular dan memberikan edukasi terkait perubahan gaya hidup sehat. (Kemenkes 2019; Siregar, 2020).

Perawat komunitas memegang peranan yang sangat penting dalam mendeteksi dini penyakit kardiovaskular di masyarakat. Pemberdayaan perawat komunitas dalam deteksi dini ini dilakukan melalui skrining kesehatan, penyuluhan, serta pengelolaan faktor risiko penyakit kardiovaskular di tingkat komunitas. Deteksi dini memungkinkan identifikasi kondisi yang berisiko tinggi, sehingga dapat dilakukan intervensi secara lebih awal, mengurangi angka kematian dan morbiditas yang disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah (WHO, 2018). Program deteksi dini yang melibatkan perawat komunitas terbukti dapat mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi, termasuk mereka yang memiliki tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, serta faktor gaya hidup tidak sehat, sehingga tindakan preventif dapat segera diambil (Katsiki et al., 2019).

Salah satu peran utama perawat komunitas adalah melakukan skrining tekanan darah secara rutin, pengukuran indeks massa tubuh (IMT), serta pemeriksaan kadar kolesterol untuk mengidentifikasi individu dengan hipertensi, obesitas, atau dislipidemia. Skrining ini dapat dilakukan di posyandu, klinik kesehatan, atau komunitas yang lebih luas. Penelitian yang dilakukan oleh Lacey et al. (2020) menunjukkan bahwa skrining hipertensi secara berkala oleh perawat komunitas meningkatkan deteksi dini hipertensi yang pada akhirnya dapat menurunkan kejadian stroke dan penyakit jantung koroner. Di samping itu, edukasi terkait pola makan sehat, aktivitas fisik, dan penghindaran rokok juga menjadi bagian dari intervensi yang dapat dilakukan perawat komunitas untuk mencegah perkembangan penyakit kardiovaskular.

Perawat komunitas juga berperan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya deteksi dini melalui kampanye edukasi. Kampanye ini tidak hanya memberikan informasi mengenai penyakit kardiovaskular, tetapi juga cara mencegahnya dengan mengubah gaya hidup. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Smith et al. (2021), peran edukasi yang dilakukan oleh perawat komunitas di tingkat lokal dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya gaya hidup sehat dan deteksi dini, serta mengurangi prevalensi faktor risiko seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan pola makan yang buruk. Program penyuluhan yang rutin dilakukan terbukti dapat meningkatkan kesadaran serta partisipasi masyarakat dalam pemeriksaan kesehatan.

Selain itu, perawat komunitas juga memiliki peran dalam memberikan dukungan kepada individu yang terdeteksi memiliki faktor risiko penyakit kardiovaskular untuk memulai pengobatan atau perubahan gaya hidup. Dukungan ini termasuk memberikan informasi tentang pengelolaan stres, pentingnya pengobatan yang teratur, serta dukungan psikologis agar pasien lebih konsisten dalam menjaga kesehatan jantung mereka. Sebuah studi yang diterbitkan oleh Johnson et al. (2022) menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan berkelanjutan dari perawat komunitas lebih cenderung untuk mematuhi pengobatan hipertensi dan mengubah kebiasaan merokok atau makan yang tidak sehat.

Selain skrining dan edukasi, perawat komunitas juga dilibatkan dalam pelaksanaan intervensi berbasis bukti untuk menurunkan faktor risiko penyakit kardiovaskular. Salah satunya adalah dengan memfasilitasi program pengelolaan penyakit kronis di masyarakat, seperti pengelolaan diabetes mellitus dan hipertensi. Sebuah meta-analisis yang dilakukan oleh Wang et al. (2020) mengungkapkan bahwa perawat yang terlatih dalam intervensi berbasis bukti dapat menurunkan tingkat komplikasi kardiovaskular pada pasien diabetes dengan mengelola kadar gula darah, tekanan darah, dan kadar lemak darah secara efektif.

Pentingnya peran perawat komunitas dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular juga tercermin dalam kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, seperti dokter, ahli gizi, dan tenaga kesehatan mental. Melalui kolaborasi ini, perawat dapat memastikan bahwa individu yang terdeteksi berisiko tinggi mendapatkan perawatan yang holistik dan terkoordinasi dengan baik. Menurut penelitian oleh Gupta et al. (2018), kolaborasi interprofesional dalam manajemen penyakit kardiovaskular di tingkat komunitas memperbaiki hasil klinis dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Dalam hal ini, perawat komunitas tidak hanya berfungsi sebagai pelaksana skrining, tetapi juga sebagai pendukung dalam sistem

kesehatan yang lebih luas, memfasilitasi rujukan dan tindak lanjut secara menyeluruh.

G. Tantangan dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular

Meskipun berbagai program telah diluncurkan, masih ada banyak tantangan dalam implementasi deteksi dini penyakit kardiovaskular di tingkat komunitas. Diantaranya yaitu

1. Kurangnya kesadaran masyarakat.

Kesadaran masyarakat yang masih sangat kurang tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin sangat mempengaruhi angka kejadian dan kematian yang disebabkan penyakit kardiovaskular. Banyak orang yang baru mencari perawatan medis setelah gejala muncul, yang sering kali sudah dalam tahap lanjut dari penyakit tersebut. Penelitian menunjukkan bahwa ketidaktahuan masyarakat mengenai faktor risiko penyakit jantung, seperti hipertensi dan kolesterol tinggi, menghambat partisipasi dalam deteksi dini (Sudirman & Widodo, 2020).

2. Akses ke layanan kesehatan yang masih kurang merata.

Di beberapa daerah, terutama di wilayah pedesaan, akses terhadap layanan kesehatan masih terbatas. Ketidakmerataan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas dapat memperburuk upaya pencegahan PKV. Di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, masih terdapat kesenjangan antara wilayah perkotaan dan pedesaan dalam hal fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang terlatih. Banyak masyarakat di daerah terpencil yang sulit mengakses pemeriksaan kesehatan secara rutin, yang menghambat deteksi dini dan intervensi pada tahap awal (Jufrizien, 2022). Hal ini juga dapat ditemukan di negara berkembang lain, seperti India, di mana akses ke layanan kesehatan primer sangat terbatas di daerah pedesaan (Ghosh & Saha, 2021).

3. Regulasi yang kurang mendukung deteksi dini.

Kurangnya regulasi yang mendukung deteksi dini penyakit kardiovaskular juga menjadi tantangan besar. Di Indonesia, program-program untuk mempromosikan deteksi dini penyakit jantung masih terbatas dan tidak cukup terintegrasi dalam sistem kesehatan nasional. Misalnya, pemeriksaan kesehatan rutin untuk mengidentifikasi faktor risiko PKV belum menjadi kebijakan wajib di banyak wilayah, yang berdampak pada rendahnya tingkat deteksi dini penyakit ini (Darmayanti, 2021). Hal serupa juga terjadi di negara-negara lain, di mana kebijakan yang mendukung pemeriksaan kesehatan jantung rutin masih jarang diterapkan secara luas (Pinto et al., 2022).

4. Biaya pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan diagnostic merupakan bagian dari deteksi dini PKV seperti Tes EKG, tes darah untuk mengukur kadar kolesterol, dan pemeriksaan lainnya sering kali tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakat, terutama di negara-negara dengan sistem kesehatan yang belum sepenuhnya berkembang. Hal ini membuat banyak individu tidak dapat mengakses pemeriksaan yang dapat mengidentifikasi potensi masalah jantung sejak dini (Hartono et al., 2021). Di banyak negara berkembang, biaya ini menjadi penghalang yang signifikan dalam memperkenalkan deteksi dini yang lebih luas di kalangan masyarakat.

5. Integrasi data kesehatan dalam system informasi kesehatan

Rendahnya integrasi data kesehatan dalam sistem informasi kesehatan merupakan tantangan utama dalam deteksi dini PKV. Meskipun teknologi digital semakin berkembang, masih banyak daerah yang belum mengintegrasikan data kesehatan secara efektif untuk memantau risiko penyakit jantung secara menyeluruh. Sistem informasi yang terfragmentasi ini menghambat upaya untuk mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi dan melakukan deteksi dini secara lebih sistematis (Simanjuntak & Alamsyah, 2022). Negara-negara seperti Kanada dan Australia telah berhasil mengintegrasikan sistem data kesehatan yang memungkinkan deteksi dini lebih efisien, tetapi hal ini masih merupakan tantangan besar di banyak negara berkembang (Khan et al., 2020).

6. Pelatihan keterampilan deteksi dini tenaga medis

Tantangan lain dalam deteksi dini PKV adalah kurangnya pelatihan dan keterampilan tenaga medis dalam deteksi dini penyakit kardiovaskular. Meskipun dokter dan tenaga medis lainnya memiliki pengetahuan dasar tentang PKV, sering kali mereka tidak dilatih secara khusus untuk mengenali tanda-tanda awal penyakit jantung yang lebih halus, seperti angina ringan atau gejala tidak spesifik lainnya. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan diagnosis atau keterlambatan dalam memberikan pengobatan yang tepat (Ristiana & Suprapto, 2020).

H. Simpulan

Penyakit kardiovaskular (PKV) merupakan salah satu bagian dari penyakit tidak menular (PTM) yang saat ini dianggap menjadi salah satu tantangan besar yang sedang dihadapi oleh berbagai negara dibelahan bumi, dimana angka kejadian penyakit ini setiap tahun mengalami peningkatan. Kelompok penyakit ini adalah jenis penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi dan cenderung berkembang secara perlahan dan bahkan PKV juga dianggap penyebab utama angka kematian dini. PKV tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian di dunia, dengan hipertensi, diabetes, dan kadar kolesterol yang tinggi menjadi faktor risiko utama.

Berdasarkan hasil kajian dan penelitian penyakit kardiovaskular dapat dicegah. Upaya preventif dan pencegahan terhadap penyakit kardiovaskular melibatkan pendekatan yang holistik, termasuk pencegahan primer dan sekunder. Melalui pemahaman teori-teori perilaku kesehatan dan penerapan strategi berbasis bukti, diharapkan dapat mengurangi prevalensi dan morbiditas dari penyakit kardiovaskular secara signifikan. Dukungan dari masyarakat, tenaga medis, dan kebijakan pemerintah sangat penting untuk keberhasilan implementasi strategi preventif ini. Salah satu pendekatan yang sangat penting dalam mengurangi angka kematian akibat PKV adalah deteksi dini. Deteksi dini berfokus pada identifikasi faktor risiko pada tahap awal, yang memungkinkan intervensi lebih cepat dan lebih efektif. Penelitian menunjukkan bahwa deteksi dini dapat mengurangi risiko morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan penyakit jantung dan pembuluh darah. Dengan penerapan langkah-langkah deteksi dini yang efektif, baik melalui tes pemeriksaan rutin, teknologi, maupun kebijakan pemerintah, prevalensi penyakit kardiovaskular dan dampak buruk yang ditimbulkan, baik di tingkat individu maupun masyarakat dapat diturunkan semaksimal mungkin.

Dalam upaya pencapaian pencegahan yang efektif berbagai pihak harus mendukung dan mengambil peran termasuk didalamnya tenaga kesehatan memberikan layanan yang maksimal, pemerintah dalam membuat kebijakan dan memperbaiki akses pelayanan kesehatan serta yang paling utama adalah masyarakat. Perawat merupakan salah satu bagian dari tenaga kesehatan yang dapat berkontribusi dalam pencegahan PKV. Perawat komunitas memegang peranan yang sangat penting dalam mendeteksi dini penyakit kardiovaskular di masyarakat. Pemberdayaan perawat komunitas dalam deteksi dini ini dilakukan melalui skrining kesehatan, penyuluhan, serta pengelolaan faktor risiko penyakit kardiovaskular di tingkat komunitas juga kolaborasi dengan petugas kesehatan lainnya.

I. Referensi

-
- American Heart Association [AHA]. (2017). *Cardiovascular disease: A preventable epidemic*. American Heart Association
- Amriani, A., dkk. (2023). Konseling dan Edukasi Penyakit Kardiovaskular untuk Meningkatkan Kesehatan Masyarakat Desa Tanjung Pering Indralaya Utara. *Ash-Shihhah: Journal of Health Studies*. 1(2), 81-88
- Babaee Beigi, M. A., Zibaeenezhad, M. J., Aghasadeghi, K., Jokar, A., Shekarforoush, S., & Khazraei, H. (2014). The effect of educational programs on hypertension management. *International Cardiovascular Research Journal*, 8(3), 94–98.

- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., et al. (2019). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. JAMA, 292(19), 2410-2421.
- Dehghan, M., Mente, A., Rangarajan, S., et al. (2020). *Association of dietary factors with cardiovascular disease in low-income and middle-income countries: A prospective cohort study*. The Lancet, 396(10257), 1054-1067.
- Forouzanfar, M. H., Alexander, L., Anderson, H. R., et al. (2016). *Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. The Lancet, 388(10054), 1459-1544.
- Fowkes, F. G. R., Aboyans, V., Fowkes, F. J. I., et al. (2017). *The Global and Regional Burden of Peripheral Arterial Disease and its Associated Risk Factors, 1990-2017*. The Lancet, 394(10206), 1915-1926.
- Franks, P., & McKenzie, P. (2019). *Genetic Screening for Cardiovascular Disease: A New Frontier in Early Detection*. Genetics in Medicine, 21(2), 172-178.
- Ghosh, A., & Saha, S. (2021). Health disparities and cardiovascular disease prevention in rural India. *Asian Pacific Journal of Health*, 34(2), 212-218. <https://doi.org/10.1016/apj.34.2.212>
- Gupta, S., Lee, P., & Patel, R. (2018). Interprofessional collaboration in the management of cardiovascular diseases: The role of community nursing. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(5), 418-425. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000481>
- Hartono, H., et al. (2021). Adherence to hypertension treatment in Indonesia: Barriers and challenges. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 24(3), 154-160.
- Johnson, M., Brown, H., & Williams, L. (2022). The role of community nurses in supporting patients with cardiovascular risk factors: A systematic review. *Journal of Community Health Nursing*, 39(3), 221-229. <https://doi.org/10.1080/07370016.2022.1988901>.
- Jufrizen, T. (2022). Akses terhadap layanan kesehatan di daerah pedesaan Indonesia. *Jurnal Pembangunan Kesehatan*, 15(1), 99-106.
- Kallistratos, M. S., & Papadopoulos, C. (2018). *Stress Testing in the Detection of Coronary Artery Disease*. Journal of Clinical Hypertension, 20(4), 548-555.
- Katsiki, N., Giannouzis, G., & Mikhailidis, D. (2019). The role of early cardiovascular screening in preventing adverse outcomes in at-risk populations. *Atherosclerosis*, 283, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2018.10.019>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan penguatan program Posbindu PTM di Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Penyakit Tidak Menular di Indonesia: Penyebab, Deteksi Dini, dan Pengendalian*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2021). Pengertian penyakit kardiovaskular. <https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-usia/remaja/penyakit-kardiovaskular#>
- Kementerian Kesehatan. (2021). Hipertensi Penyebab Utama Penyakit Jantung, Gagal Ginjal, dan Stroke. <https://p2ptm.kemkes.go.id/informasip2ptm/hipertensi-penyebab-utama-penyakitjantung-gagal-ginjal-dan-stroke>
- Lacey, S., Blackwood, K., & McMillan, J. (2020). The effectiveness of community health nurse-led hypertension screening programs: A meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 38(4), 788-796. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002372>
- McMurray, J. J. V., & Jackson, A. M. (2020). *Heart failure and cardiovascular disease: An overview of the mechanisms and management of heart failure*. Nature Reviews Cardiology, 17(10), 637-650.
- Mendis, S., O'Brien, E., Seedat, Y. K., & Yusuf, S. (2013). Hypertension and Diabetes: Entry Points for Prevention and Control of the Global Cardiovascular Epidemic. *International Journal of Hypertension*, 2013, 1–3. <https://doi.org/10.1155/2013/878460>
- Mozaffarian, D., Hao, T., Rimm, E. B., & Willett, W. C. (2018). Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *The New England Journal of Medicine*, 365(10), 817-827.
- Nutbeam, D. (2019). Promoting health and preventing disease: The role of health literacy. *Journal of Public Health Policy*, 40(2), 163-170.
- Pescatello, L. S., Arena, R., Riebe, D., & Thompson, P. D. (2020). Physical activity in the prevention and treatment of cardiovascular disease. *Circulation*, 134(4), e253-e267.
- Pinto, M., et al. (2022). Integrated approach to cardiovascular disease prevention: Lessons from Australia and Canada. *Preventive Medicine*, 91, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.pmed.2022.01.011>
- Porth, C.M.(2019). Pathophysiology: Concepts of Altered Health States (5th)ed . J. B. Lippincott: Philadelphia.
- Pratiwi, S., & Mulyani, N. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah: Penanganan Penyakit Hipertensi*. Yogyakarta: Penerbit Nuha Medika.
- Ristiana, N., & Suprapto, A. (2020). Kebijakan pemerintah dalam pencegahan penyakit kardiovaskular di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 22(2), 61-70.

- Rizzo, M., & Spinas, G. A. (2018). *The Role of Cholesterol Screening in Cardiovascular Risk Prediction*. Journal of Clinical Lipidology, 12(2), 454-461.
- Sartono, D., & Sumantri, L. (2021). *Ilmu Penyakit Dalam: Penyakit Kardiovaskular dan Penyakit Metabolik*. Yogyakarta: Penerbit Graha Ilmu
- Simanjuntak, P., & Alamsyah, M. (2022). Integrasi sektor dalam pencegahan penyakit kronis: Studi kasus Indonesia. *Jurnal Pembangunan Sosial*, 28(3), 111-119.
- Siregar, H. (2020). Efektivitas Posbindu PTM dalam deteksi dini penyakit tidak menular di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(2), 113-121.
- Smith, J., Cohen, A., & Richards, M. (2021). Community health nurse interventions in reducing cardiovascular risk factors: A review of recent evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103493>
- Sorkin, D. H., Rojas, M., & Sharif, M. (2021). *The role of social support in managing chronic illness: A review of cardiovascular disease outcomes*. Journal of Cardiovascular Nursing, 36(4), 316-323.
- Sudirman, S., & Widodo, S. (2020). Peran pola makan dan aktivitas fisik dalam pencegahan penyakit kardiovaskular. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 26(4), 200-207
- The Lancet. (2020). *Impact of Public Health Education on Cardiovascular Disease Prevention*. The Lancet Public Health, 5(3), 150-159.
- Umapathy, R., & Kumar, V. (2019). *Electrocardiographic Screening and Early Detection of Cardiac Diseases: Implications for Preventive Health*. *Cardiovascular Medicine*, 19(2), 137-145.
- Uthman OA, Hartley L, Rees K, Taylor F, Ebrahim S, Clarke A (August 2015). ["Multiple risk factor interventions for primary prevention of cardiovascular disease in low- and middle-income countries"](#) (PDF). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 (8): CD011163. [doi:10.1002/14651858.CD011163.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011163.pub2). PMC 6999125. PMID 26272648.
- Vellone, E., Piras, G., & Alvaro, R. (2017). *Quality of life and social support in patients with chronic heart failure: The role of nursing interventions*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 16(2), 120-127.
- Wang, Y., Zhao, Z., & Xu, L. (2020). Evidence-based strategies for community health nursing in cardiovascular disease prevention: A systematic review. *Preventive Medicine*, 136, 106105. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106105>
- WHO, (2023). Hypertension. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

- World Health Organization (WHO). (2018). Cardiovascular diseases (CVDs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization (WHO). (2019). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization (WHO). (2020). *Global status report on noncommunicable diseases 2020*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). Cardiovascular Diseases (CVDs). Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Yusuf, S., Reddy, S., Ounpuu, S., & Anand, S. (2019). *Global burden of cardiovascular diseases: Part I: General considerations, the epidemiologic transition, and the health impact of cardiovascular diseases*. Circulation, 104(21), 2616-2625.
- Zhu, B., Yang, W., & Yang, Y. (2017). *The Relationship between Diabetes and Cardiovascular Disease: The Need for Early Detection*. Diabetes Care, 40(2), 205-211

J. Glosarium

- PTM = Penyakit Tidak Menular
- PKV = Penyakit Kardiovaskular
- EKG = Elektro Kardio Grafi

CHAPTER 2

PERAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENDERITA HIV/AIDS

Eli Indawati S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Perawat komunitas memiliki peran yang sangat krusial dalam memberikan dukungan dan perawatan kepada penderita HIV/AIDS. Perawat komunitas tidak hanya fokus pada aspek medis, tetapi juga pada aspek fisik, psikologis, sosial. Lingkungan, spiritual dan kultural. Peran perawat dalam meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS sangat penting melalui asuhan keperawatan berbasis komunitas yang komprehensif dan holistik dalam memberikan dukungan pada pasien HIV/AIDS dalam meningkatkan kualitas hidup melalui pemberdayaan pasien HIV/AIDS sehingga perawat komunitas dapat membantu pasien untuk hidup lebih sehat dan produktif.

Perawat komunitas: merupakan garda depan dalam Perawatan HIV/AIDS di komunitas masyarakat. Perawat komunitas mempunyai peran penting salah satu perannya dalam aksesibilitas pasien HIV/AIDS yang semakin meningkat jumlahnya disetiap wilayah kota besar, terutama di daerah terpencil, kesulitan mengakses layanan kesehatan di fasilitas medis. Perawat komunitas membawa layanan kesehatan langsung ke pintu rumah mereka. Kontinuitas perawatan dapat diberikan oleh perawat komunitas dalam membangun hubungan yang kuat dengan pasien, memberikan dukungan emosional, dan memastikan kepatuhan terhadap pengobatan. Pendidikan Kesehatan oleh perawat komunitas memberikan edukasi tentang HIV/AIDS, pencegahan penularan, dan pentingnya gaya hidup sehat. Pengurangan Stigma pada pasien HIV/AIDS dapat diberikan oleh perawat komunitas dimana dapat membantu mengurangi stigma yang sering dihadapi oleh pasien HIV/AIDS. Koordinasi Layanan pada pasien dengan HIV/AIDS bekerja sama dengan berbagai pihak, seperti dokter, apoteker, dan pekerja sosial, untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang terintegrasi.

Tantangan yang dihadapi terkait dengan beban kerja perawat komunitas dimana seringkali memiliki beban kerja yang berat dengan sumber daya yang terbatas. Stigma pada perawat komunitas juga sering dialami oleh perawat komunitas sehingga perawat harus menghadapi stigma yang sama seperti pasien

HIV/AIDS. Jarak dan transportasi yang menjangkau pasien dengan HIV/AIDS di daerah terpencil bisa menjadi tantangan bagi perawat komunitas sehingga diperlukan upaya yang kuat dalam memberikan pelayanan kepada pasien melalui asuhan keperawatan yang berkualitas.

Perawat komunitas dalam meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS melalui konseling dan dukungan Emosional yang dapat membantu pasien mengatasi stres, depresi, dan masalah psikologis lainnya. Pemantauan kesehatan yang dapat diberikan melalui pemeriksaan kesehatan rutin dan memberikan pengobatan, edukasi kesehatan tentang kepatuhan obat, mengoptimalkan resiliensi pasien HIV/AIDS. Pendidikan kesehatan dapat memberikan informasi yang akurat dan mudah dipahami tentang HIV/AIDS. Pendampingan pasien dalam menjalani pengobatan dan pemeriksaan. Kolaborasi dengan keluarga dengan melibatkan keluarga, orang terdekat pasien, komunitas pasien oleh perawat komunitas dalam perawatan pasien. Perawat komunitas merupakan aset berharga dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Perawat komunitas dalam menjalankan peran dan fungsinya ditengah masyarakat salah satunya memberikan layanan kepada pasien melalui asuhan keperawatan berbasis komunitas dalam membantu pasien menjalani hidup yang lebih baik sehingga pada pasien HIV/AIDS kualitas hidupnya dapat meningkat.

B. Konsep Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas adalah suatu bidang praktik keperawatan yang menggabungkan prinsip-prinsip keperawatan dan kesehatan masyarakat.

Keperawatan komunitas adalah praktik keperawatan dan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat. Konsep ini dilakukan dengan melibatkan masyarakat melalui proses keperawatan yang sistematis dan berkelanjutan. Fokus utamanya adalah meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan melalui berbagai upaya promotif, preventif, promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

(Rasiman B novianty at.all, 2021).

1. Tujuan Keperawatan Komunitas

Meningkatkan kesehatan masyarakat: Melalui edukasi, skrining, dan intervensi dini. Mencegah penyakit: Dengan mengidentifikasi faktor risiko dan menerapkan tindakan pencegahan. Memperbaiki kualitas hidup: Melalui dukungan sosial, emosional, dan fisik. Memberdayakan masyarakat: Agar mampu menjaga kesehatan diri sendiri dan komunitasnya.

2. Prinsip Dasar Keperawatan Komunitas

Partisipasi masyarakat: Masyarakat aktif terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program. Pendekatan holistik: Melihat individu dalam konteks lingkungan sosial dan budaya. Fokus pada keluarga: Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat menjadi sasaran penting. Berbasis komunitas: Program disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik komunitas. Berorientasi pada masalah: Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan prioritas.

3. Prinsip Dasar Keperawatan Komunitas.

Partisipasi masyarakat: Masyarakat aktif terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program. Pendekatan holistik: Melihat individu dalam konteks lingkungan sosial dan budaya. Fokus pada keluarga: Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat menjadi sasaran penting. Berbasis komunitas: Program disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik komunitas. Berorientasi pada masalah: Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan prioritas. Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas. Promotif: Meningkatkan kesehatan melalui edukasi, imunisasi, dan gaya hidup sehat. Preventif: Mencegah penyakit melalui skrining, vaksinasi, dan konseling. Kuratif: Memberikan perawatan langsung kepada individu yang sakit. Rehabilitatif: Membantu pasien pulih dan kembali berfungsi secara optimal.

C. Peran Keperawatan Komunitas

Peran utama perawat komunitas diantaranya memberikan edukasi melalui pendidikan kesehatan dengan memberikan informasi yang akurat tentang HIV/AIDS, cara penularan, pencegahan, dan pentingnya pengobatan. Penyuluhan kesehatan oleh perawat komunitas dengan memberikan informasi tentang berbagai masalah kesehatan. Skrining kesehatan seperti mendeteksi dini penyakit pada kelompok berisiko. Perawat komunitas sebagai konselor dengan memberikan dukungan emosional dan membantu pemecahan masalah. Perawat komunitas berperan sebagai koordinator dengan membangun kerjasama dengan berbagai pihak terkait, perawat bekerja sama dengan berbagai pihak, seperti dokter, apoteker, dan pekerja sosial, untuk memberikan perawatan yang terintegrasi.

Memberikan advokasi dengan memperjuangkan hak-hak pasien dan komunitas. Perawat komunitas mempunyai peran sebagai fasilitator, dimana perawat membantu pasien mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan, seperti pengobatan antiretroviral (ARV), pemeriksaan kesehatan rutin, dan konseling. Pendamping oleh perawat komunitas menjadi teman bagi pasien, memberikan dukungan emosional, dan membantu mereka mengatasi stigma sosial. Kegiatan Keperawatan Komunitas melalui kunjungan rumah dengan memberikan pelayanan

kesehatan langsung ke rumah pasien. Posyandu, perawat komunitas dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Tantangan dalam Keperawatan Komunitas. sumber daya terbatas: Anggaran, tenaga kesehatan, dan fasilitas yang terbatas. Aksesibilitas: Sulit menjangkau masyarakat di daerah terpencil. Partisipasi masyarakat: Rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. Perawat komunitas memiliki peran yang sangat krusial dalam memberikan dukungan dan perawatan bagi pasien HIV/AIDS. Mereka bekerja langsung di masyarakat, mengunjungi rumah pasien, dan memberikan layanan kesehatan yang komprehensif.

1. Manfaat Perawat Komunitas bagi Pasien HIV/AIDS

Peningkatan kualitas hidup: Dengan dukungan yang tepat, pasien dapat menjalani hidup yang lebih baik dan produktif. Peningkatan kepatuhan pengobatan: Perawat komunitas dapat membantu pasien memahami pentingnya pengobatan dan mengatasi hambatan dalam mengonsumsi obat. Pengurangan stigma: Melalui edukasi dan advokasi, perawat dapat membantu mengurangi stigma terhadap pasien HIV/AIDS. Peningkatan akses layanan: Perawat membantu pasien mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan, terutama bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil.

2. Tantangan yang Dihadapi Perawat Komunitas

Beban kerja yang berat: Perawat komunitas seringkali memiliki beban kerja yang tinggi dengan sumber daya yang terbatas. Stigma sosial: Perawat juga dapat mengalami stigma yang sama seperti pasien HIV/AIDS. Jarak dan transportasi: Menjangkau pasien di daerah terpencil bisa menjadi tantangan.

D. Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS

Meningkatkan kualitas hidup pasien TB-HIV merupakan upaya yang kompleks dan membutuhkan pendekatan yang komprehensif dan holistik. Dengan kombinasi pengobatan yang tepat, gaya hidup sehat, dukungan sosial, dan pendidikan Kesehatan, pemenuhan kebutuhan secara fisik, psikologis, social, kultur, spiritual dan lingkungan sehat dan baik, serta dukungan dari tenaga Kesehatan dalam menjalankan peran dan fungsinya secara profesional, sentuhan penuh cinta kasih yang tak terbatas, kepedulian yang tulus, dan lingkungan yang ramah dengan alam semesta diharapkan mampu meningkatkan kualitas hidup pada pasien TB-HIV secara signifikan. (Global TB Report, WHO, 2020).

Kualitas hidup pasien HIV/AIDS mengacu pada persepsi individu terhadap posisi mereka dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka hidup, serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keprihatinan mereka. Ini mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Faktor-faktor yang

Mempengaruhi Kualitas Hidup. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS, antara lain: Kesehatan fisik: Kondisi fisik yang baik, termasuk kepatuhan terhadap pengobatan antiretroviral (ARV), dapat meningkatkan kualitas hidup. Kesehatan mental: Depresi, kecemasan, dan stigma sosial dapat menurunkan kualitas hidup. Dukungan sosial: Dukungan keluarga, teman, dan komunitas sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup. Status sosial ekonomi: Akses terhadap perawatan kesehatan, pendidikan, dan pekerjaan yang layak dapat meningkatkan kualitas hidup. Spiritualitas: Keyakinan agama dan spiritual dapat memberikan kekuatan dan harapan. Aspek-aspek Kualitas Hidup yang Perlu Diperhatikan. Fisik: Nyeri, kelelahan, penurunan berat badan, dan masalah seksual. Psikologis: Depresi, kecemasan, gangguan tidur, dan rendah diri. Sosial: Isolasi sosial, diskriminasi, dan kesulitan dalam hubungan interpersonal. Spiritual: Kehilangan makna hidup, kesulitan dalam beribadah, dan konflik nilai.

Cara Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS. Pengobatan yang optimal: Memastikan pasien mendapatkan pengobatan ARV yang tepat dan teratur. Dukungan psikologis: Memberikan konseling dan terapi untuk mengatasi masalah psikologis. Dukungan sosial: Membangun jaringan dukungan sosial yang kuat. Pendidikan kesehatan: Memberikan informasi yang akurat tentang HIV/AIDS. Peningkatan kualitas hidup: Melalui kegiatan rekreasi, olahraga, dan pengembangan diri. Peran Perawat Komunitas perawat komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Mereka dapat: Memberikan dukungan emosional: Mendengarkan keluhan dan memberikan dukungan psikologis. Membantu akses layanan: Memastikan pasien mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan. Mendidik pasien dan keluarga: Memberikan informasi tentang HIV/AIDS dan cara mengelola penyakit. Membangun jaringan sosial: Membantu pasien terhubung dengan kelompok dukungan sebaya. Penting untuk diingat: Setiap individu dengan HIV/AIDS memiliki pengalaman yang unik. Oleh karena itu, pendekatan yang bersifat individual sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Apakah Anda ingin tahu lebih banyak tentang topik tertentu, seperti: Strategi mengatasi stigma pada pasien HIV/AIDS. Peran keluarga dalam mendukung pasien HIV/AIDS. Program-program yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS

E. Strategi Edukasi Kesehatan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS

Strategi edukasi kesehatan untuk Pasien HIV/AIDS, dengan tujuan utama dari edukasi kesehatan untuk pasien HIV/AIDS adalah untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah perilaku, dan pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup mereka, (M. Black at.all, 2014).

Pendekatan yang tersesuaikan individualisasi pada setiap pasien memiliki kebutuhan dan tingkat pemahaman yang berbeda. Edukasi harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan, budaya, dan bahasa pasien. Keterlibatan pasien dengan melibatkan pasien aktif dalam proses pembelajaran. Ajukan pertanyaan, dengarkan pendapat mereka, dan buat mereka merasa dihargai. Materi yang jelas dan akurat dengan bahasa sederhana hindari istilah medis yang sulit dipahami. Gunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti. Visualisasi dengan menggunakan gambar, diagram, atau video untuk memperjelas informasi. Pastikan informasi yang diberikan selalu yang terbaru dan sesuai dengan pedoman terbaru. Metode pembelajaran yang beragam. Seperti ceramah dengan menyampaikan materi secara langsung dan interaktif. Diskusi kelompok: Fasilitasi diskusi untuk berbagi pengalaman dan pengetahuan. *Role-playing* seperti simulasikan situasi nyata untuk melatih keterampilan pengambilan keputusan.

Manfaatkan media sosial untuk menyebarkan informasi dan membangun komunitas online. Topik yang perlu disampaikan tentang HIV/AIDS, dengan menjelaskan apa itu yang dimaksud dengan HIV/AIDS, bagaimana cara penularan, dan cara pencegahan. Jelaskan pentingnya pengobatan ARV, efek samping, dan cara mengatasinya. Gaya hidup sehat: Anjurkan pasien untuk menerapkan gaya hidup sehat, seperti makan makanan bergizi, berolahraga secara teratur, dan menghindari perilaku berisiko.

Kesehatan mental pada pasien HIV/AIDS dengan memberikan informasi tentang pentingnya menjaga kesehatan mental dan cara mengatasi stres. Jelaskan hak-hak pasien HIV/AIDS dan cara mengakses layanan kesehatan.

Membangun dukungan sosial melalui kelompok pendukung dengan cara bentuk kelompok pendukung bagi pasien HIV/AIDS untuk saling berbagi pengalaman dan memberikan dukungan. Keterlibatan keluarga dengan cara melibatkan keluarga dalam proses edukasi dan perawatan.

Evaluasi secara berkala dengan melakukan evaluasi pada pasien HIV/AIDS untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan program edukasi. Revisi disesuaikan dengan program edukasi berdasarkan hasil evaluasi, contoh kegiatan edukasi dengan cara workshop yaitu mengadakan workshop dengan tema-tema seperti "Hidup Sehat dengan HIV/AIDS" atau "Mengatasi Stigma".

Kunjungan rumah yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas dengan memberikan edukasi secara langsung kepada pasien di rumah mereka. Pameran kesehatan dengan cara menyediakan booth informasi tentang HIV/AIDS di acara-acara kesehatan.

Tantangan dan solusi stigma pada pasien HIV/AIDS, gunakan pendekatan yang empatik dan hindari menghakimi. Kurangnya literasi kesehatan, sehingga

dibutuhkan dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan visualisasi yang menarik. Manfaatkan teknologi informasi dan komunikasi untuk menjangkau pasien di daerah terpencil. Kesimpulan Edari strategi edukasi kesehatan merupakan kunci untuk meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Dengan strategi yang tepat, kita dapat membantu pasien memahami penyakit mereka, mengatasi stigma, dan menjalani hidup pasien HIV/AIDS yang lebih baik.

F. Simpulan

Peran perawat komunitas sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Dengan memberikan dukungan yang komprehensif, perawat dapat membantu pasien menjalani hidup yang lebih sehat dan bermakna.

Perawat komunitas memainkan peran yang sangat krusial dalam memberikan dukungan dan perawatan bagi pasien HIV/AIDS. Mereka bertindak sebagai pendamping yang memberikan dukungan emosional, membantu pasien mengatasi stigma, dan meningkatkan rasa percaya diri. Menyampaikan informasi yang akurat tentang HIV/AIDS, pengobatan, dan gaya hidup sehat. Membantu pasien mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan, seperti pengobatan ARV, konseling, dan pemeriksaan rutin. Memperjuangkan hak-hak pasien HIV/AIDS dan membantu mereka mengatasi diskriminasi. Bekerja sama dengan berbagai pihak terkait untuk memberikan perawatan yang komprehensif. Melalui berbagai peran tersebut, perawat komunitas berkontribusi pada: Peningkatan kualitas hidup: Membantu pasien menjalani hidup yang lebih baik dan produktif. Peningkatan kepatuhan pengobatan: Memastikan pasien secara teratur mengonsumsi obat ARV. Membantu mengurangi diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS. Memastikan pasien mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan. Membangun jaringan dukungan sosial yang kuat bagi pasien. Secara keseluruhan, perawat komunitas berperan sebagai jembatan antara pasien HIV/AIDS dengan sistem kesehatan, memberikan dukungan yang holistik, dan membantu pasien mencapai kualitas hidup yang optimal. Dalam konteks yang lebih luas, perawat komunitas juga berkontribusi pada pencegahan penularan HIV/AIDS melalui edukasi dan konseling. Penguatan sistem Kesehatan dengan menjadi perawat utama dalam memberikan pelayanan kesehatan di komunitas. Tantangan yang dihadapi perawat komunitas dalam menjalankan perannya antara lain umber daya yang terbatas. Stigma social baik terhadap diri sendiri maupun terhadap pasien. Jarak dan aksesibilitas terutama di daerah terpencil. Meskipun demikian, peran perawat komunitas sangatlah penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dan mengatasi epidemi HIV/AIDS secara keseluruhan.

Rekomendasi bagi Perawat Komunitas

Penguatan Dukungan Sosial kelompok dukungan sebagai memfasilitasi pembentukan kelompok dukungan sebagai agar pasien dapat berbagi pengalaman dan mendapatkan dukungan emosional. Keterlibatan keluarga melibatkan keluarga dalam proses perawatan dan dukungan, serta memberikan edukasi tentang HIV/AIDS. Kolaborasi dengan komunitas membangun kerjasama dengan komunitas untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS. Peningkatan akses layanan koordinasi layanan memastikan pasien mendapatkan akses ke berbagai layanan kesehatan yang dibutuhkan, seperti pengobatan ARV, konseling psikologis, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala.

Membantu pasien yang kesulitan mengakses fasilitas kesehatan dengan menyediakan transportasi atau bekerja sama dengan layanan transportasi umum. Peningkatan Kualitas Hidup promosi gaya hidup sehat memberikan edukasi tentang pentingnya nutrisi seimbang, olahraga teratur, dan istirahat yang cukup. Kegiatan rekreasi mengorganisir kegiatan rekreasi yang menyenangkan dan aman bagi pasien. Pengembangan diri memfasilitasi kegiatan yang dapat meningkatkan keterampilan dan kepercayaan diri pasien, seperti pelatihan keterampilan hidup atau kursus singkat. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan, pelatihan berkelanjutan mengikuti pelatihan secara berkala untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam merawat pasien HIV/AIDS. Update Informasi selalu mengikuti perkembangan terbaru dalam pengobatan dan perawatan HIV/AIDS. Pengelolaan stress dan depresi. Memberikan konseling psikologis untuk membantu pasien mengatasi masalah psikologis. Mengajarkan teknik relaksasi seperti meditasi atau yoga untuk membantu pasien mengelola stres. Perjuangan Hak-hak Pasien membela hak-hak pasien HIV/AIDS dan memastikan mereka mendapatkan perlakuan yang adil. Penghapusan stigma melakukan kampanye untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS. Tantangan dan Solusi stigma mengatasi stigma dengan memberikan edukasi kepada masyarakat dan membangun hubungan yang positif dengan pasien. Mengoptimalkan sumber daya yang ada dan mencari dukungan dari berbagai pihak. Meningkatkan akses layanan kesehatan di daerah terpencil dengan memanfaatkan teknologi telemedicine atau kunjungan rumah. Kesimpulan perawat komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Dengan menerapkan rekomendasi di atas, perawat dapat membantu pasien menjalani hidup yang lebih sehat, produktif, dan bermakna.

G. Referensi

- Afiyanti, Y. (2010). Analisis konsep kualitas hidup. *Jurnal Keperawatan*, 13, 81-
Penelitian ini memberikan pemahaman mendalam tentang konsep kualitas
hidup dari perspektif keperawatan
- Black, MJ, Hawks, Jane Hokanson (2014). *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Desired Outcomes*. Jakarta, Elsevier.
- Budiman, A., & Susilawati, S. (2020). Pengaruh pemberian suplemen vitamin D terhadap peningkatan berat badan pada pasien TB-HIV. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 50(2), 112-118.
- Khotimah, S. (2013). Latihan endurance meningkatkan kualitas hidup lebih baik dari pada latihan pernafasan pada pasien PPOK di BP4 Yogyakarta. Studi ini menunjukkan pengaruh positif aktivitas fisik terhadap kualitas hidup.
- Rasiman B Novianty, at.all (2021). Buku Ajar. Konsep Keperawatan Komunitas. Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia tahun 2021. CV. Eureka Medika Aksara.
- Nofitri, N. F. M. (2009). Gambaran kualitas hidup penduduk dewasa pada lima wilayah di Jakarta. Penelitian ini memberikan gambaran mengenai variasi kualitas hidup di berbagai wilayah.
- Perry., P. (2010). *Fundamentals of Nursing*. Jakarta, Salemba Medika.
- Widyawati, Sukma Nolo. (2012). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: PT. Prestasi Pustaka.
- World Health Organization. (2016). *Guidelines for the prevention of tuberculosis*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Global Report tuberculosis*. :World Health Organization.

CHAPTER 3

PERAN PERAWAT KOMUNITAS DALAM PROGRAM SKRINING KANKER SERVIKS

Widanarti Setyaningsih, S.Kp., MN.

A. Pendahuluan

Kanker merupakan penyakit tidak menular dengan pertumbuhan sel yang tidak normal yang dapat menyerang jaringan di berbagai organ tubuh, termasuk organ reproduksi wanita yang terdiri dari payudara, rahim, ovarium, dan vagina. Kanker serviks merupakan kanker paling umum keempat yang terjadi pada wanita di dunia, pada 2022, diperkirakan ada 660.000 wanita didiagnosis menderita kanker serviks di seluruh dunia dan sekitar 350.000 wanita meninggal karena penyakit tersebut (WHO, 2024). Sementara di Asia kanker leher rahim merupakan urutan ketiga yang paling banyak menyerang wanita di Asia, dan menjadi penyebab utama kematian wanita akibat kanker di negara-negara dengan ekonomi menengah ke bawah. Berdasarkan

Data Globocan tahun 2020, jumlah kasus baru kanker payudara mencapai 68.858 kasus (16,6%) dari total 396.914 kasus baru kanker di Indonesia, dan 6,5% penderita kanker serviks dari total semua jenis kanker di Indonesia (The Global Cancer Observatory Data, 2020). Sementara itu, jumlah kematian yang disebabkan oleh kanker payudara mencapai lebih dari 22 ribu jiwa kasus (Kemenkes, 2022) sedangkan kematian akibat kanker serviks 90% terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Purwanti, 2020). Kanker leher Rahim di Indonesia menempati peringkat kedua setelah kanker payudara sebagai kanker yang paling banyak terjadi dari seluruh kasus kanker pada tahun 2020.

Menurut data WHO (2018) menunjukkan kejadian penyakit kanker serviks di Indonesia sebanyak 136.2 per 100.000 penduduk. Angka ini menempatkan Indonesia di urutan kedelapan dengan kasus terbanyak di Asia Tenggara, dan peringkat ke-23 se-Asia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi kanker serviks di Indonesia mencapai 1.79 per 1000 penduduk. Riset ini juga menemukan, prevalensi tertinggi ada di Yogyakarta sebanyak 4.86 per 1000 penduduk, disusul Sumatera Barat 2.47, dan Gorontalo 2.44 (Riskesdas, 2018). Terlebih lagi wanita usia subur di Indonesia yang mengidap kanker serviks sekitar

65% pasien datang ke pelayanan kesehatan dalam stadium lanjut (Nasution, D, et al,2018).

B. Kanker leher rahim/ Kanker Servix

1. Definisi kanker leher rahim/ Serviks

Kanker serviks merupakan pertumbuhan sel-sel pada leher rahim yang tidak lazim (abnormal) yang disebabkan oleh adanya infeksi dari Human Papilloma Virus (HPV) yang di tularkan (skin to skin contact) melalui hubungan seksual (Sahara, DKK 2024). Kanker serviks merupakan salah satu kanker yang paling umum yang mengenai organ reproduksi wanita. Beberapa jenis human papilloma virus, suatu infeksi menular seksual, mempunyai peran penting dalam kebanyakan kasus kanker serviks. Kanker leher rahim (kanker servik) adalah kanker yang terjadi pada servik uterus, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yg merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara uterus (rahim) dengan liang vagina.

2. Tanda Dan Gejala Kanker Serviks

Tanda dan Gejala terjadinya kanker serviks antara lain perdarahan vagina setelah berhubungan sex, atau diantara dua periode menstruasi, perdarahan setelah menopause, keluar sekret encer disertai darah dapat berat dan keputihan yang memiliki bau yang busuk, nyeri pinggang atau nyeri pada saat hubungan sex, dan nyeri pada area kemaluan, serta nyeri di daerah panggul (Vera. 2023).

3. Faktor Risiko Kanker Serviks

Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko seorang wanita terkena kanker serviks, antara lain adalah; hubungan seks pada usia muda atau pernikahan pada usia muda. Semakin muda usia seorang perempuan melakukan hubungan seks, semakin besar risiko terkena kanker serviks. Berdasarkan penelitian para ahli, perempuan yang melakukan hubungan seks pada usia kurang dari 18 tahun mempunyai risiko tiga kali lebih besar daripada yang menikah pada usia lebih dari 20 tahun (*National Cancer Institute*, 2024).

Selain perilaku seks, merokok dapat pula memicu terjadinya kanker leher rahim karena rokok mengandung zat yang bersifat karsinogenik atau yang dapat memicu kanker. Wanita perokok memiliki risiko hamper dua kali kipat mengalami kanker leher Rahim (Kemenkes. 2024). Selanjutnya trauma yang sering terjadi pada jalan lahir, misalnya karena terlalu sering melahirkan, aborsi dan faktor lainnya, dapat pula memicu tumbunnya sel-sel abnormal pada mulut rahim.

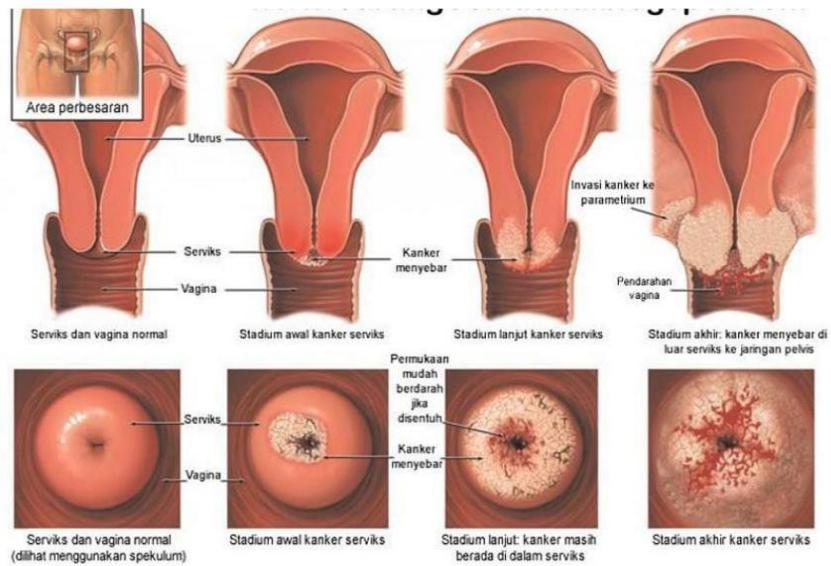
Wanita yang mengalami trauma pada jalan lahir seperti persalinan yang terlalu sering dapat menimbulkan perubahan sel-sel abnormal pada mulut rahim dan dapat berkembang menjadi keganasan (Bertiani, 2009). Faktor lain yang memicu

kanker leher Rahim adalah penggunaan kontrasepsi oral/ hormonal. Lama penggunaan kontrasepsi hormonal akan meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks, dan penggunaan 10 tahun meningkatkan risiko sampai dua kali (Laila, 2011).

4. Tipe Kanker Serviks

Tujuan penentuan stadium klinik adalah untuk dapat merumuskan prognosis, menentukan jenis pembatasan cacat, dan agar hasil penanganan dari berbagai stadium dapat dibandingkan. Stadium klinik yang sering digunakan adalah klasifikasi yang dianjurkan oleh *Federation International of Gynecology and Obstetrics (FIGO)*, yaitu sebagai berikut:

- a. Stadium 0, stadium ini disebut juga karsinoma insitu (CIS). Tumor masih dangkal, hanya tumbuh dilapisan sel serviks.
- b. Stadium 1, kanker telah tumbuh dalam serviks, namun belum menyebar kemanapun, stadium ini dibedakan menjadi:
 - 1) Stadium 1A1, dokter tidak dapat melihat kanker tanpa mikroskop, kedalamannya kurang dari 3 mm dan besarnya kurang dari 7 mm.
 - 2) Stadium IA2, dokter tidak dapat melihat kanker tanpa mikroskop, kedalamannya antara 3-5 mm dan besarnya kurang dari 7 mm.
 - 3) Stadium IB1, dokter dapat melihat kanker dengan mata telanjang. Ukuran tidak lebih besar dari 4 cm.
 - 4) Stadium IB2, dokter dapat melihat kanker dengan mata telanjang. Ukuran lebih besar dari 4 cm
- c. Stadium II, kanker berada di bagian dekat serviks tapi bukan diluar panggul. Stadium II dibagi menjadi:
 - 1) Stadium IIA, kanker meluas sampai ke atas vagina, tapi belum menyebar ke jaringan yang lebih dalam dari vagina.
 - 2) Stadium IIB, kanker telah menyebar ke jaringan sekitar vagina dan serviks, namun belum sampai ke dinding panggul.
- d. Stadium III, kanker telah menyebar ke jaringan lunak sekitar vagina dan serviks sepanjang dinding panggul. Mungkin dapat menghambat aliran urin ke kandung kemih.
- e. Stadium IV, pada stadium ini, kanker telah menyebar ke bagian lain tubuh, seperti kandung kemih, rektum, dan paru-paru. Stadium IV dibagi menjadi:
 - 1) Stadium IVA, kanker telah menyebar ke organ terdekat, seperti kandung kemih dan rektum.
 - 2) Stadium IVB, kanker telah menyebar ke organ yang lebih jauh seperti paru-paru.



Gambar 3.1: Tahapan Stadium pada penderita kanker leher Rahim (*serviks*)

5. Deteksi Dini Kanker Serviks

Ada beberapa metode untuk deteksi dini terhadap infeksi HPV (Human Papilloma Virus) dan kanker serviks seperti berikut:

a. IVA (Inspeksi Visual dengan Asam asetat)

Deteksi dini ca cervix dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan IVA dimana pemeriksaan ini dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas. Metode pemeriksaan dengan mengoles serviks atau leher rahim dengan asam asetat, kemudian diamati apakah ada kelainan seperti area berwarna putih. Jika tidak ada perubahan warna, maka dapat dianggap tidak ada infeksi pada serviks.

b. Pap Smear

Papsmear adalah suatu metode dimana dilakukan pengambilan sel dari mulut rahim kemudian diperiksa dibawah mikroskop. Metode test Pap smear yang umum yaitu dokter menggunakan penggerik atau sikat untuk mengambil sedikit sampel sel-sel serviks atau leher rahim. Kemudian sel-sel tersebut akan di analisa di laboratorium. Tes itu dapat menyingkap apakah ada infeksi, radang atau sel-sel abnormal. Menurut laporan sedunia, dengan secara teratur melaukan test Pap smear telah mengurangi jumlah kematian akibat kanker serviks. Setiap wanita yang telah berumur 18 tahun atau wanita yang telah aktif secara seksual sejaknya mulai memeriksakan pap smear. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan setiap tahun walaupun tidak ada gejala kanker. Pemeriksaan dilakukan lebih dari setahun jika sudah mencapai usia 65 tahun atau tiga pemeriksaan sebelumnya menunjukkan hasil normal.

c. Biopsi

Biopsi merupakan tindakan pengambilan sebagian kecil jaringan pada tubuh manusia untuk dilakukan pemeriksaan menggunakan mikroskopis. Pada pasien ca cervix jaringan yang diambil adalah jaringan serviks yang kemudian akan diteliti oleh ahli patologi. Biopsi dilakukan apabila tampak suatu pertumbuhan abnormal atau luka pada serviks. Selain itu juga karena hasil dari tes pap smear yang telah di konfirmasi dengan pemeriksaan kolposkopi didapatkan hasil terdapat sel yang abnormal atau kanker (Shadine dan Mahannad, 2018)

d. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk skrining awal diagnostic ca cervix. Tetapi pemeriksaan USG ini kurang akurat jika digunakan untuk mendeteksi ca cervix dengan stadium dini meskipun dengan menggunakan USG transvaginal. USG transvaginal adalah metode pemeriksaan yang dilakukan dengan memasukan alat periksa ke dalam vagina guna megetahui kondisi didalam serviks. Pada ca cervix stadium lanjut dapat ditemukan gambaran adanya abnormalitas. Pemeriksaan USG transvaginal memiliki akurasi dengan sensitivitas 78.3% dan spesifitas 89% (Pradnyana dkk., 2019).

Menurut WHO Program deteksi dini dilakukan:

- Minimal 1x pada usia 35-40 tahun
- Kalau fasilitas memungkinkan lakukan tiap 10 tahun pada usia 35-55 tahun.
- Kalau fasilitas tersedia lebih, lakukan tiap 5 tahun pada usia 35-55 tahun.
- Yang ideal dan optimal dilakukan tiap 3 tahun pada wanita usia 25- 60 tahun.

6. IVA Test

a. Definisi IVA Test

IVA test merupakan pemeriksaan inspeksi visual dengan mata telanjang (tanpa pembesaran) seluruh permukaan leher rahim dengan bantuan asam asetat/cuka yang diencerkan. Pemeriksaan ini dilakukan tidak dalam keadaan hamil maupun sedang haid. IVA test ini hamper sama efektifnya dengan pemeriksaan Pap Smear. Apabila hasil IVA test menunjukkan hasil positif maka belum tentu menderita kanker tetapi menunjukkan adanya lesi pra kanker, sehingga apabila diperlukan pengobatan dapat segera dilakukan.

IVA test dapat dilakukan di Puskesmas, Rumah Sakit atau Fasilitas Kesehatan lainnya. Pemeriksaan IVA sangat dianjurkan bagi wanita yang berisiko terhadap kanker serviks, misalnya wanita dengan riwayat kanker serviks dalam keluarga, memiliki lebih dari satu pasangan seksual, atau pernah

mengalami infeksi menular seksual. Pemeriksaan IVA dinilai efisien, cukup akurat, dan mudah dijangkau.

b. Prosedur Pelaksanaan IVA Test

Prosedur tes IVA yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Sebelum mulai IVA test, Anda akan diminta untuk berbaring dengan posisi kedua kaki terbuka lebar atau mengangkang.
- 2) Dokter atau bidan memasukkan alat berupa spekulum ke dalam vagina.
- 3) Alat spekulum bertujuan untuk membuat vagina terbuka lebar, sehingga memudahkan untuk mengamati bagian serviks atau leher rahim.
- 4) Asam asetat atau asam cuka dengan kadar sekitar 3-5% diusapkan pada dinding serviks.

meningkatkan kemungkinan seorang wanita akan memilih alat kontrasepsi yang sangat efektif dan menggunakan dengan benar

C. Peran Perawat Komunitas Dalam Upaya Pencegahan Kanker leher rahim (CA Cervix)

Tujuan proses keperawatan komunitas adalah untuk pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya-upaya pelayanan keperawatan langsung kepada individu, keluarga, dan kelompok di komunitas. Sesuai dengan trend dan isu yang terjadi saat ini. Tren dan isu dapat merujuk pada data dan masalah kesehatan yang sedang terjadi saat ini, misalnya tingginya angka kesakitan penyakit tidak menular seperti kanker leher Rahim, menjadi indicator akan perlunya upaya pencegahan di keluarga dan komunitas. Hal ini sesuai pula dengan program pemerintah dalam upaya pencegahan dan pemberdayaan Masyarakat dalam bidang kesehatan.

Pemberdayaan individu, keluarga dan Masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat secara luas.

Selanjutnya, secara spesifik diharapkan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat diharapkan mampu; mengenal masalah kesehatan yang dialami, menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut, merumuskan serta memecahkan masalah kesehatan, menanggulangi masalah kesehatan yang mereka hadapi, mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi, yang akhirnya dapat meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri (*self-care*). Hal sesuai dengan tugas dan fungsi kesehatan keluarga yaitu; mengenal masalah kesehatan yang sedang dialami keluarga, memutuskan untuk penyelesaian atau mendapatkan solusi terhadap masalah kesehatan keluarga, merawat anggota keluarga yang sedang sakit atau

berisiko mengalami masalah kesehatan, memodifikasi lingkungan dan atau memberdayakan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatannya/ sesuai kemampuan keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan keluarga.

Peran perawat komunitas dalam upaya pencegahan penyakit dan pemberdayaan individu, keluarga dan komunitas dapat dilakukan antara lain dengan pendekatan penyuluhan dan Pendidikan kesehatan (*Health Education*). Penyuluhan kesehatan umumnya dilakukan dengan sasaran yang luas untuk menyampaikan informasi tentang kesehatan. Sementara pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan hanya sekedar penyampaian informasi dari seseorang educator kepada individu dan keluarga. Pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 maupun WHO yaitu "meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan; baik fisik, mental dan sosialnya; sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial.

Peran perawat secara umum adalah; sebagai pemberi asuhan keperawatan (*health care provider*), sebagai pendidik (*Educator*), peneliti (*researcher*), pelindung dan membela (*advocator*), dan juga sebagai manajer (*manager*) untuk pasien atau klien. Peran perawat komunitas sebagai educator memiliki peran yang penting dalam upaya pencegahan kejadian kanker leher rahim, terutama dalam deteksi dini pada kanker leher rahim. Upaya deteksi dini kanker leher rahim dilakukan melalui penyuluhan kesehatan dan Pendidikan kesehatan. Kegiatan penyuluhan dan Pendidikan kesehatan di komunitas dapat dilakukan di Pos Pelayanan Terpadu (POSBINDU), melalui kerjasama dengan berbagai pihak seperti ibu-ibu kader, ibu-ibu dasa wisma, pemerhati kesehatan wanita, institusi pendidikan, serta pihak PUSKESMAS dan pengurus wilayah (Ketua RT, RW. Kelurahan, kecamatan).

Sasaran pada penyuluhan dan Pendidikan kesehatan tentang deteksi dini pada kanker leher rahim adalah Wanita usia subur yang telah menikah dan atau pernah berhubungan sex, serta Wanita yang sudah menapouse. Penyuluhan berisi topik tentang bahaya kanker leher rahim dan pencegahannya melalui deteksi sedini mungkin. Deteksi kanker leher rahim dapat dilakukan sedini mungkin melalui pemeriksaan Inspeksi Visual Asam asetat (IVA). Berdasarkan hasil survei Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, persentase warga yang tahu tentang tes IVA sebagai tes deteksi (awal) kanker serviks masih sangat kecil (Kemenkes RI, 2025).

Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) merupakan cara sederhana untuk mendeteksi kanker leher rahim sedini mungkin. Laporan hasil konsultasi WHO menyebutkan bahwa IVA dapat mendeteksi lesi tingkat pra kanker dengan sensitifitas sekitar 66-69 % dan spesifitas sekitar 64-98 %. Saat ini cakupan

"screening" deteksi dini kanker serviks di Indonesia melalui pap smear dan IVA masih sangat rendah (sekitar 5 %), padahal cakupan "screening" yang efektif dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian karena kanker serviks. Namun demikian faktor lain perlu pula diperhatikan seperti, tingkat pendidikan, adat istiadat serta budaya dan system nilai yang dianut oleh masyarakat dapat pula mempengaruhi persepsi dan Keputusan klien untuk melakukan pemeriksaan IVA. Sesuai dengan data di atas maka peran perawat komunitas dalam memberdayakan masyarakat untuk melakukan pemeriksaan IVA melalui pendidikan kesehatan menjadi sangat penting.

D. Simpulan

Kanker leher rahim merupakan kanker yang dapat dicegah dengan mudah dan murah melalui deteksi dini . Deteksi dini kanker leher rahim, salah satunya dapat dilakukan dengan pemeriksaan IVA, kepada wanita usia subur usia 30-50, dan atau wanita yang sudah menikah. Rendahnya cakupan pemeriksaan IVA dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti kurangnya pengetahuan tentang kanker leher rahim dan dampaknya, juga dapat disebabkan faktor adat , budaya serta sistem nilai individu. Upaya pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat melalui edukasi menjadi sangat efektif untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat. Perawat memiliki peran sebagai pendidik, dengan memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, termasuk pendidikan tentang pencegahan kanker leher rahim. Pelaksanaan edukasi kepada warga dan sasaran penyuluhan serta pendidikan kesehatan ini tentu dilakukan kerjasama yang efektif dengan berbagai pihak terkait.

E. Referensi

- Khairunnisa. P , Ronoatmodjob.S, Prasetyo, S.(2022).Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perempuan Melakukan Pemeriksaan Dini Kanker Serviks. Vol. 6, Hal.2
- Vera Novalia. 2023. Kanker Serviks. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Maha-siswa Malikussaleh. Vol. 2, No.1, Hal. 45-56
- Rahnia Atala Sahara1, Apriza , Neneng Fitria Ningsih. 2022.Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Pemberian Aromaterapi Pappermint Untuk Menurunkan Rasa Mual Muntah Pada Pasien Ca Serviks Pasca Kemoterapi Di Ruang Tu-lip Rsud Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2023. Jurnal Kesehatan Terpadu .Vol. 3, No. 2
- Sholikah, S. M. A. (2023). Deteksi Dini Kanker Serviks. Penerbit NEM.

- Khabibah, U., Adyani, K., & Rahmawati, A. (2022). Faktor Risiko Kanker Serviks: Literature Review. Faletehan Health Journal, 9(03), 270-277.
- Marfianti, E. (2021). Peningkatan Pengetahuan Kanker Payudara dan Ketrampilan Periksa Payudara Sendiri (SADARI) untuk Deteksi Dini Kanker Payudara di Semutan Jatimulyo Dlingo. Jurnal Abdimas Madani Dan Lestari (JA-MALI), 25-31.
- Hero, S. (2021). Faktor Risiko Kanker Payudara. Jurnal Medika Hutama, 3(01 Oktober), 1533-1537.
- Ningrum, M. P., & Rahayu, R. S. R. (2021). Determinan Kejadian Kanker Payudara pada Wanita Usia Subur (15-49 Tahun). Indonesian Journal of Public Health and Nutrition, 1(3), 362-370.
- Kemenkes RI 2019, Profil- Kesehatan- indonesia- 2019. pdf <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/>

F. Glosarium

WUS	: Wanita Usia Subur
IVA	: Inspeksi Visual Asam Asetat
POSBINDU	: POS PEMBINAAN TERPADU

CHAPTER 4

PENGEMBANGAN PROGRAM PENCEGAHAN CEDERA DI KOMUNITAS

Ns. Zubaida Rohmawati, MPH.

A. Pendahuluan

1. Latar Belakang

Cedera merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang signifikan secara global. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat bahwa cedera, baik disengaja maupun tidak disengaja, menjadi salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia, terutama di kalangan usia produktif (Ahmed et al., 2023). Di Indonesia, data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa kecelakaan lalu lintas adalah salah satu penyebab utama cedera fatal, sementara cedera domestik, seperti jatuh, luka bakar, atau keracunan, juga memiliki prevalensi yang tinggi (Lala et al., 2024). Selain itu, Indonesia adalah negara yang rawan bencana alam seperti gempa bumi, banjir, dan tanah longsor (Qodrifuddin et al., 2022), yang sering kali menyebabkan cedera massal.

Cedera tidak hanya berdampak pada individu yang mengalaminya tetapi juga pada keluarga dan masyarakat secara keseluruhan. Dampaknya meliputi beban biaya kesehatan, kehilangan produktivitas ekonomi, dan penurunan kualitas hidup (Polinder et al., 2016). Oleh karena itu, diperlukan upaya yang terencana dan sistematis dalam mencegah cedera melalui pendekatan berbasis komunitas.

a. Signifikansi Pencegahan Cedera di Komunitas

Komunitas memiliki peran strategis dalam mencegah cedera karena merupakan tempat terjadinya sebagian besar aktivitas kehidupan sehari-hari. Dalam konteks ini, komunitas dapat menjadi agen perubahan melalui penguatan kesadaran kolektif dan pengembangan intervensi yang tepat sasaran.

Misalnya, pencegahan cedera di jalan raya dapat dilakukan melalui kampanye keselamatan berkendara yang melibatkan warga, pemasangan rambu-rambu keselamatan, dan pembentukan tim relawan komunitas (Ahmed et al., 2023). Sementara itu, untuk mengurangi cedera domestik, penyuluhan tentang penggunaan peralatan rumah tangga yang aman dan pelatihan dasar penanganan cedera dapat diterapkan.

Program pencegahan cedera berbasis komunitas memiliki dampak jangka panjang yang signifikan. Selain meningkatkan kesehatan dan keselamatan masyarakat, program ini juga dapat mengurangi beban ekonomi akibat pengobatan dan rehabilitasi serta mengurangi angka kecacatan yang disebabkan oleh cedera (Bae et al., 2015).

2. Kerangka Teoritis Pencegahan Cedera

a. Definisi Cedera dan Pencegahan Cedera

Cedera didefinisikan sebagai kerusakan fisik pada tubuh yang disebabkan oleh paparan energi berlebihan, baik mekanik, termal, kimia, maupun listrik, atau karena kekurangan elemen vital, seperti oksigen (Suryani et al., 2024). Cedera dapat bersifat disengaja, seperti kekerasan atau percobaan bunuh diri, maupun tidak disengaja, seperti kecelakaan lalu lintas, jatuh, atau luka bakar.

Pencegahan cedera adalah serangkaian upaya sistematis untuk mengurangi risiko, insiden, dan dampak cedera melalui pendekatan yang melibatkan edukasi, pengembangan teknologi keselamatan, penerapan kebijakan, serta penguatan kapasitas masyarakat (Hasibuan et al., 2020). Pencegahan cedera dibagi menjadi tiga tingkat:

- 1) Pencegahan Primer: Menghindari terjadinya cedera, misalnya melalui penyuluhan keselamatan berkendara atau desain infrastruktur yang aman.
- 2) Pencegahan Sekunder: Mengurangi keparahan cedera ketika insiden terjadi, seperti penggunaan helm atau sabuk pengaman.
- 3) Pencegahan Tersier: Mengurangi dampak jangka panjang cedera, seperti rehabilitasi atau terapi pasca-cedera.

b. Teori dan Model Pencegahan Cedera

Kerangka teoritis pencegahan cedera didasarkan pada berbagai teori dan model yang memberikan panduan dalam perencanaan intervensi. Beberapa teori yang relevan meliputi:

1) Haddon's Matrix

Haddon's Matrix adalah model analitis yang menggabungkan tiga faktor utama yaitu : manusia, kendaraan atau alat, dan lingkungan dalam tiga fase waktu diantaranya sebelum, selama, dan setelah cedera (Lee et al., 2024).

- Fase Pra-Cedera: Fokus pada pencegahan, seperti peningkatan kesadaran masyarakat dan perancangan alat yang aman.
- Fase Saat Cedera: Meminimalkan dampak cedera, seperti penggunaan alat pelindung diri.
- Fase Pasca-Cedera: Memberikan perawatan medis dan rehabilitasi untuk mengurangi komplikasi jangka panjang.

2) Teori Perilaku Kesehatan

Teori Perubahan Perilaku seperti *Health Belief Model (HBM)* dan *Social Cognitive Theory (SCT)* digunakan untuk memahami faktor psikososial yang memengaruhi keputusan individu dalam mengadopsi perilaku pencegahan cedera (Jeihooni et al., 2016). Misalnya, HBM menekankan pada persepsi risiko dan manfaat, sedangkan SCT menyoroti pentingnya pembelajaran sosial.

3) Teori Ekologi Sosial

Model ini menyoroti bahwa cedera dipengaruhi oleh interaksi antara individu, lingkungan sosial, dan kebijakan. Pendekatan ekologi sosial membantu mengidentifikasi intervensi lintas level, mulai dari pendidikan individu hingga advokasi kebijakan nasional (Stokols, 1996).

4) Teori Sistem Berbasis Komunitas

Teori ini menekankan pentingnya kolaborasi lintas sektor dan partisipasi masyarakat dalam merancang intervensi pencegahan cedera yang relevan secara budaya dan kontekstual (Wilson et al., 2012).

c. Determinan Cedera di Komunitas

Determinasi cedera di komunitas melibatkan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Pemahaman tentang determinan ini membantu dalam merancang program pencegahan yang lebih efektif (Li et al., 2023).

1) Faktor Individu

- Usia: Anak-anak dan lansia memiliki risiko lebih tinggi terhadap cedera, seperti jatuh atau kecelakaan domestik.
- Jenis Kelamin: Laki-laki cenderung memiliki risiko cedera yang lebih tinggi akibat aktivitas fisik atau pekerjaan.
- Kesehatan Fisik dan Mental: Gangguan mobilitas atau penyakit kronis meningkatkan risiko cedera.

2) Faktor Lingkungan

- Infrastruktur: Jalan yang tidak memadai, kurangnya rambu keselamatan, atau lingkungan kerja yang berbahaya dapat meningkatkan risiko cedera.
- Perilaku Masyarakat: Kebiasaan seperti tidak menggunakan helm atau mengabaikan aturan keselamatan dapat memengaruhi tingkat cedera.
- Akses terhadap Layanan Kesehatan: Komunitas yang jauh dari fasilitas kesehatan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami dampak cedera yang serius.

3) Faktor Sosial dan Ekonomi

- Pendapatan: Komunitas dengan tingkat pendapatan rendah cenderung memiliki akses yang terbatas terhadap alat keselamatan atau pendidikan pencegahan cedera.

- Edukasi: Tingkat pendidikan berhubungan langsung dengan kesadaran masyarakat terhadap risiko cedera.
- Budaya: Nilai dan norma budaya tertentu dapat memengaruhi persepsi terhadap risiko dan kepatuhan terhadap langkah pencegahan.

4) Faktor Kebijakan dan Regulasi

Kebijakan dan regulasi memainkan peran penting dalam mencegah cedera. Contohnya, undang-undang tentang penggunaan helm, sabuk pengaman, dan larangan mengemudi sambil menggunakan telepon seluler dapat secara signifikan menurunkan angka cedera di jalan raya (Olivier & Creighton, 2017).

Dengan memahami definisi, teori, dan determinan cedera, perawat komunitas dapat mengembangkan strategi yang komprehensif untuk meminimalkan risiko dan dampak cedera di komunitas.

3. Peran Keperawatan Komunitas dalam Pencegahan Cedera

a. Konsep Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas adalah cabang ilmu keperawatan yang fokus pada peningkatan kesehatan masyarakat secara holistik, berbasis pada prinsip pencegahan, promosi kesehatan, dan pemberdayaan komunitas. Dalam konteks pencegahan cedera, keperawatan komunitas memainkan peran penting dalam mendeteksi risiko cedera, memberikan edukasi, serta mengembangkan kebijakan dan program berbasis masyarakat (Nies, 2015).

Konsep utama keperawatan komunitas dalam pencegahan cedera melibatkan:

- 1) Pendekatan Holistik: Memahami cedera tidak hanya sebagai masalah medis tetapi juga sosial, ekonomi, dan lingkungan.
- 2) Berbasis Bukti: Menggunakan data epidemiologi dan riset untuk merancang intervensi yang efektif.
- 3) Partisipasi Komunitas: Melibatkan masyarakat dalam identifikasi risiko dan implementasi solusi.
- 4) Inovasi Program: Mengintegrasikan teknologi dan pendekatan budaya lokal untuk meningkatkan efektivitas program.

Contoh Layanan:

- Penyuluhan keselamatan di rumah untuk mencegah cedera akibat jatuh pada lansia.
- Kampanye "Zero Accident" berbasis komunitas untuk mencegah kecelakaan lalu lintas.

b. Kompetensi Perawat Komunitas dalam Pencegahan Cedera

Perawat komunitas harus memiliki sejumlah kompetensi untuk efektif dalam pencegahan cedera, meliputi:

1) Penilaian Risiko

- Mampu mengidentifikasi faktor risiko cedera di lingkungan rumah, sekolah, tempat kerja, dan fasilitas umum.
- Contoh: Menggunakan alat penilaian risiko jatuh pada lansia, seperti *Fall Risk Assessment Tool*.

2) Edukasi dan Promosi Kesehatan

- Memberikan penyuluhan kepada komunitas tentang pencegahan cedera, seperti pentingnya penggunaan helm dan sabuk pengaman.
- Contoh: Program "Helmet Awareness Day" untuk anak sekolah.

3) Pengembangan dan Implementasi Program

- Merancang intervensi berbasis data untuk mengurangi risiko cedera.
- Contoh: Program "Rumah Aman" yang memeriksa potensi bahaya di rumah tangga, seperti kabel listrik yang tidak terorganisir atau lantai licin.

4) Advokasi Kebijakan

- Memengaruhi pembuat kebijakan untuk mengadopsi regulasi yang mendukung pencegahan cedera.
- Contoh: Mendorong pengadaan fasilitas zebra cross di area sekolah melalui advokasi berbasis data kecelakaan lalu lintas.

5) Kolaborasi Antar-Sektor

- Bekerja sama dengan berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, LSM, dan komunitas lokal, untuk mengintegrasikan pencegahan cedera dalam program kesehatan masyarakat.
- Contoh: Kolaborasi dengan dinas perhubungan untuk memperbaiki infrastruktur jalan.

c. Strategi Implementasi

Strategi implementasi program pencegahan cedera oleh perawat komunitas mencakup langkah-langkah berikut:

1) Pengkajian Komunitas

Melakukan survei dan wawancara untuk memahami jenis dan penyebab cedera yang paling sering terjadi di komunitas.

- Contoh: Menggunakan survei untuk mengidentifikasi risiko jatuh pada lansia di daerah perumahan.

2) Penyuluhan dan Pelatihan

- Memberikan penyuluhan terkait keselamatan, seperti cara penggunaan alat pelindung diri atau teknik evakuasi darurat.
- Contoh: Pelatihan penggunaan APAR (*Alat Pemadam Api Ringan*) di komunitas untuk mengurangi risiko cedera akibat kebakaran.

3) Pelibatan Komunitas

- Mengaktifkan kader kesehatan atau relawan komunitas untuk menjadi duta keselamatan.
- Contoh: Program "Kader Keselamatan Jalan Raya" yang melibatkan masyarakat setempat untuk mengedukasi pengguna jalan.

4) Intervensi Spesifik

- Merancang program yang disesuaikan dengan kebutuhan lokal.
- Contoh:
 - Pemasangan pelapis anti-slip di tangga dan kamar mandi lansia untuk mencegah jatuh.
 - Penempatan alat pertolongan pertama di fasilitas umum.

5) Monitoring dan Evaluasi

Melakukan evaluasi berkala untuk memastikan efektivitas program pencegahan cedera.

- Contoh: Mengukur penurunan angka kecelakaan lalu lintas di komunitas setelah implementasi program pelatihan keselamatan berkendara.

6) Kampanye dan Advokasi

- Meningkatkan kesadaran masyarakat melalui kampanye berbasis media sosial, poster, dan acara komunitas.
- Contoh: Kampanye "Stop Bermain di Jalan" untuk mencegah kecelakaan anak-anak.

Contoh Program Pencegahan Cedera

1. Program Rumah Aman untuk Lansia
 - Sasaran: Lansia di komunitas rentan.
 - Aktivitas: Penyuluhan, pemeriksaan lingkungan rumah, dan distribusi alat bantu seperti pegangan tangan di kamar mandi.
2. Program Keselamatan Berkendara untuk Remaja
 - Sasaran: Pelajar SMA dan mahasiswa.
 - Aktivitas: Edukasi aturan lalu lintas, pelatihan penggunaan helm, dan simulasi berkendara aman.
3. Program Kesiapsiagaan Bencana
 - Sasaran: Masyarakat di daerah rawan bencana.
 - Aktivitas: Pelatihan evakuasi darurat, penyediaan tas siaga bencana, dan simulasi penanganan cedera massa

4. Strategi Pengembangan Program Pencegahan Cedera

Pengembangan program pencegahan cedera memerlukan pendekatan yang sistematis dan terstruktur untuk memastikan bahwa program dapat berjalan secara efektif dan berkelanjutan. Pendekatan ini mencakup tahapan mulai dari

identifikasi masalah hingga evaluasi program untuk memastikan dampaknya terhadap masyarakat (McKenzie et al., 2022).

a. Identifikasi Masalah dan Risiko Cedera

Langkah pertama dalam pengembangan program pencegahan cedera adalah melakukan identifikasi masalah dan risiko cedera di komunitas. Tujuan utama dari tahap ini adalah memahami karakteristik cedera yang sering terjadi, penyebabnya, serta faktor-faktor risiko yang memengaruhinya.

Langkah-langkah Identifikasi Masalah:

1) Pengumpulan Data

- Menggunakan data epidemiologi, seperti laporan kecelakaan lalu lintas, cedera di tempat kerja, atau cedera rumah tangga.
- Survei dan wawancara komunitas untuk menggali informasi spesifik tentang kejadian cedera.

2) Analisis Data

- Mengidentifikasi kelompok rentan (misalnya, anak-anak, lansia, atau pekerja informal).
- Menganalisis faktor risiko, seperti kondisi infrastruktur, perilaku masyarakat, dan kebijakan keselamatan yang ada.

3) Pemetaan Masalah

- Menyusun peta risiko cedera berdasarkan wilayah atau lokasi rawan cedera.
- Contoh: Pemetaan kecelakaan lalu lintas di kawasan perkotaan padat penduduk.

Contoh Implementasi:

Menggunakan aplikasi berbasis *GIS (Geographic Information System)* untuk memetakan lokasi kecelakaan lalu lintas di kota dan mengidentifikasi area rawan.

b. Penyusunan Rencana Program

Rencana program disusun berdasarkan temuan dari tahap identifikasi masalah, dengan fokus pada kebutuhan komunitas dan intervensi yang relevan.

c. Komponen Utama Rencana Program:

1) Tujuan Program

Menetapkan tujuan spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (*SMART Goals*).

Contoh: Mengurangi angka kecelakaan lalu lintas sebesar 20% dalam satu tahun di wilayah tertentu.

2) Strategi Intervensi

Menentukan intervensi yang berbasis bukti, seperti edukasi keselamatan, penyediaan alat pelindung diri, atau perbaikan infrastruktur.

3) Sumber Daya

Mengidentifikasi kebutuhan sumber daya, termasuk anggaran, tenaga kerja, dan alat.

Contoh: Mengalokasikan dana untuk pemasangan rambu lalu lintas di area sekolah.

4) Rencana Pelaksanaan

Menyusun jadwal pelaksanaan dan pembagian tanggung jawab.

Contoh: Jadwal penyuluhan keselamatan kerja selama satu bulan.

5) Indikator Keberhasilan

Menentukan indikator untuk mengevaluasi keberhasilan program.

Contoh: Penurunan jumlah cedera rumah tangga yang dilaporkan setelah implementasi program.

d. Implementasi Program Pencegahan Cedera

Tahap implementasi adalah langkah pelaksanaan rencana program yang telah disusun. Fokusnya adalah memastikan bahwa program berjalan sesuai rencana dan melibatkan semua pihak terkait.

Strategi Pelaksanaan:

1) Edukasi dan Pelatihan

Memberikan pelatihan kepada masyarakat tentang pencegahan cedera.

Contoh: Pelatihan kepada lansia tentang cara mencegah jatuh, seperti menggunakan alat bantu jalan.

2) Keterlibatan Komunitas

Melibatkan masyarakat dalam pelaksanaan program untuk meningkatkan rasa kepemilikan dan keberlanjutan.

Contoh: Membentuk kelompok kader kesehatan sebagai duta keselamatan di komunitas.

3) Kolaborasi Lintas Sektor

Bekerja sama dengan pemerintah daerah, sektor swasta, dan LSM untuk mendukung pelaksanaan program.

Contoh: Kolaborasi dengan dinas perhubungan untuk memperbaiki jalan yang rusak di area rawan kecelakaan.

4) Pemanfaatan Teknologi

Menggunakan teknologi untuk mempermudah pelaksanaan program.

Contoh: Aplikasi edukasi keselamatan berbasis mobile untuk remaja.

e. Evaluasi Program

Evaluasi adalah langkah akhir yang bertujuan untuk menilai efektivitas program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi juga digunakan untuk melakukan perbaikan dan pengembangan program di masa depan.

Jenis Evaluasi:

1) Evaluasi Proses

Menilai apakah program dilaksanakan sesuai rencana.

Contoh: Apakah semua pelatihan terlaksana sesuai jadwal?

2) Evaluasi Hasil

Mengukur dampak program terhadap masyarakat.

Contoh: Penurunan jumlah kecelakaan lalu lintas setelah program pelatihan berkendara aman.

3) Evaluasi Efisiensi

Menilai penggunaan sumber daya, termasuk anggaran dan tenaga kerja.

Contoh: Apakah alokasi dana digunakan secara efektif?

4) Evaluasi Keberlanjutan

Menilai kemungkinan program dapat terus berjalan setelah dukungan awal berakhir.

Contoh: Apakah komunitas mampu mengelola program secara mandiri?

Metode Evaluasi:

- Wawancara dan survei masyarakat.
- Pengumpulan data sebelum dan sesudah program.
- Analisis statistik untuk melihat perubahan signifikan.

Contoh Implementasi Evaluasi:

- Program "Rumah Aman untuk Lansia":

Indikator: Penurunan jumlah laporan jatuh di rumah tangga.

Metode: Survei sebelum dan setelah pemasangan alat bantu keselamatan di rumah.

Penerapan strategi yang terstruktur dalam pengembangan program pencegahan cedera, perawat komunitas dapat meningkatkan efektivitas intervensi dan memberikan manfaat yang nyata bagi masyarakat.

5. Studi Kasus dan *Best Practices*

Pembelajaran dari implementasi program di lapangan merupakan bagian penting dalam pengembangan strategi pencegahan cedera di komunitas. Studi kasus dan praktik terbaik yang telah terbukti efektif dapat dijadikan referensi untuk meningkatkan kualitas program di masa depan, baik melalui inovasi

maupun adaptasi strategi yang relevan dengan konteks local (Lhachimi et al., 2016).

1. Studi Kasus Program Pencegahan Cedera di Komunitas

Studi Kasus 1: Program “Rumah Aman untuk Lansia” di Indonesia

Latar Belakang:

- a. Di salah satu kabupaten di Jawa Tengah, data menunjukkan tingginya angka jatuh pada lansia yang menyebabkan cedera serius seperti patah tulang. Hal ini dipengaruhi oleh desain rumah yang kurang ramah lansia, seperti lantai licin dan minimnya alat bantu.

Intervensi:

- b. Pemerintah daerah bekerja sama dengan kader kesehatan dan keluarga lansia untuk menerapkan program “Rumah Aman.”
- c. Langkah-langkah yang dilakukan:
 - 1) Pelatihan keluarga tentang risiko jatuh dan cara pencegahannya.
 - 2) Pemasangan pegangan tangan di kamar mandi dan tangga.
 - 3) Distribusi karpet anti-slip untuk lantai yang licin.

Hasil:

- a. Dalam enam bulan, angka jatuh pada lansia di wilayah tersebut menurun sebesar 35%.
- b. Peningkatan kesadaran keluarga terhadap pentingnya lingkungan yang aman bagi lansia.

Pelajaran yang Dipetik:

- a. Program yang melibatkan keluarga memiliki efektivitas lebih tinggi karena anggota keluarga berperan langsung dalam menjaga keselamatan lansia.
- b. Pentingnya adaptasi desain rumah yang sesuai dengan kebutuhan lansia untuk mencegah cedera.

Studi Kasus 2: Kampanye “Safe Kids” di Sekolah Dasar, Yogyakarta

Latar Belakang:

- a. Data dari puskesmas menunjukkan bahwa cedera akibat kecelakaan sepeda di kalangan anak sekolah dasar meningkat. Banyak anak tidak menggunakan helm atau tidak memahami aturan lalu lintas dasar.

Intervensi:

- b. Sebuah LSM bekerja sama dengan sekolah dasar untuk mengadakan kampanye keselamatan berkendara.
- c. Aktivitas yang dilakukan:
 - 1) Edukasi penggunaan helm dan aturan lalu lintas melalui permainan interaktif.
 - 2) Penyediaan helm gratis untuk siswa.

3) Kompetisi mural tentang pentingnya keselamatan jalan.

Hasil:

a. Setelah tiga bulan, 70% siswa mulai menggunakan helm saat bersepeda ke sekolah.

b. Peningkatan pengetahuan siswa tentang aturan lalu lintas sebesar 80%.

Pelajaran yang Dipetik:

a. Menggunakan pendekatan yang menyenangkan dan melibatkan anak-anak secara aktif dapat meningkatkan efektivitas edukasi.

b. Distribusi alat keselamatan seperti helm mendorong perilaku positif di masyarakat.

2. Praktik Terbaik di Komunitas Lokal dan Internasional

Praktik Terbaik di Komunitas Lokal

a. Program Kesiapsiagaan Bencana di Lombok

1) Fokus: Mengurangi risiko cedera akibat gempa bumi melalui pelatihan evakuasi.

2) Strategi: Simulasi evakuasi rutin di sekolah dan komunitas, distribusi tas siaga bencana, serta pelatihan pertolongan pertama.

3) Hasil: Penurunan angka cedera selama gempa sebesar 40% di wilayah yang mengikuti program.

b. Program "Kampung Sehat" di Surabaya

1) Fokus: Pencegahan cedera akibat sanitasi buruk, seperti luka atau infeksi kulit.

2) Strategi: Perbaikan saluran air, penyuluhan tentang kebersihan lingkungan, dan pemberdayaan masyarakat untuk menjaga infrastruktur.

3) Hasil: Penurunan kasus infeksi kulit akibat cedera di wilayah tersebut sebesar 25%.

Praktik Terbaik di Komunitas Internasional

a. Vision Zero, Swedia

- Fokus: Mencegah kecelakaan lalu lintas fatal dengan pendekatan sistemik.

- Strategi: Perancangan ulang jalan, penggunaan teknologi canggih seperti kendaraan otomotif, dan edukasi keselamatan berkendara.

- Hasil: Swedia memiliki salah satu tingkat kecelakaan lalu lintas fatal terendah di dunia.

b. *Safe Communities Program*, Selandia Baru

- Fokus: Membuat komunitas lebih aman melalui kolaborasi lintas sektor.

- Strategi: Mengintegrasikan data cedera dari rumah sakit, polisi, dan masyarakat untuk mengidentifikasi risiko dan merancang program pencegahan.
- Hasil: Penurunan signifikan dalam berbagai jenis cedera di komunitas yang mengikuti program ini.

Lesson Learn :

a. Kolaborasi Lintas Sektor

Keterlibatan berbagai pihak seperti pemerintah, LSM, dan masyarakat lokal meningkatkan keberlanjutan program.

b. Pendekatan Berbasis Data

Program yang menggunakan data cedera untuk mengidentifikasi masalah spesifik memiliki hasil yang lebih efektif.

c. Inovasi Teknologi

Pemanfaatan teknologi, seperti aplikasi edukasi atau alat pelindung modern, dapat mempercepat perubahan perilaku.

d. Pemberdayaan Masyarakat

Melibatkan masyarakat dalam setiap tahap program memastikan keberlanjutan dan rasa memiliki yang lebih tinggi.

6. Tantangan dan Solusi

Setiap program pencegahan cedera di komunitas menghadapi berbagai tantangan yang dapat memengaruhi keberhasilan implementasinya. Tantangan tersebut mencakup aspek teknis, sosial, dan kebijakan yang saling terkait. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang tepat untuk mengatasi hambatan tersebut guna memastikan program berjalan secara efektif dan berkelanjutan.

a. Hambatan dalam Implementasi Program

1) Kurangnya Kesadaran dan Partisipasi Masyarakat

- Deskripsi: Banyak individu dan komunitas yang kurang memahami pentingnya pencegahan cedera sehingga enggan berpartisipasi dalam program yang ditawarkan.
- Contoh Kasus: Dalam program keselamatan jalan, masyarakat sering mengabaikan penggunaan helm atau sabuk pengaman karena merasa tidak penting atau tidak nyaman.

2) Keterbatasan Sumber Daya

- Deskripsi: Implementasi program sering terhambat oleh kurangnya sumber daya, baik dari segi anggaran, tenaga ahli, maupun infrastruktur.
- Contoh Kasus: Ketiadaan fasilitas seperti rambu lalu lintas atau alat bantu keselamatan di komunitas pedesaan.

3) Resistensi terhadap Perubahan

- Deskripsi: Masyarakat cenderung mempertahankan kebiasaan lama yang dapat meningkatkan risiko cedera.
- Contoh Kasus: Penolakan untuk mengganti desain rumah tradisional yang tidak ramah lansia meskipun sudah terbukti meningkatkan risiko jatuh.

4) Koordinasi yang Tidak Efektif

- Deskripsi: Program sering kali melibatkan banyak pihak, seperti pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan komunitas lokal. Kurangnya koordinasi antar pemangku kepentingan dapat menghambat pelaksanaan program.
- Contoh Kasus: Kegagalan sinkronisasi jadwal pelatihan keselamatan kerja antara dinas kesehatan dan perusahaan lokal.

5) Kurangnya Data dan Monitoring

- Deskripsi: Ketidaktersediaan data yang memadai membuat perencanaan dan evaluasi program menjadi tidak optimal.
- Contoh Kasus: Minimnya laporan statistik cedera di komunitas membuat identifikasi risiko menjadi sulit.

b. Strategi Mengatasi Tantangan

1) Meningkatkan Edukasi dan Kesadaran Masyarakat

a) Strategi:

Mengadakan kampanye edukasi berbasis komunitas yang melibatkan tokoh masyarakat dan media lokal.

- Menggunakan pendekatan partisipatif seperti diskusi kelompok untuk meningkatkan rasa kepemilikan masyarakat terhadap program.

b) Contoh Implementasi: Program "Ayo Pakai Helm" yang melibatkan pelajar sebagai agen perubahan dalam keluarga.

2) Optimalisasi Sumber Daya Lokal

a) Strategi:

- Melibatkan sumber daya lokal, seperti kader kesehatan, relawan, atau perusahaan swasta untuk mendukung program.
- Mengajukan hibah atau pendanaan dari lembaga donor untuk memenuhi kebutuhan program.

b) Contoh Implementasi: Kerja sama dengan UMKM lokal untuk memproduksi alat bantu keselamatan seperti pegangan tangan untuk lansia.

3) Mendorong Perubahan Perilaku Secara Bertahap

a) Strategi:

- Menggunakan pendekatan *behavioral change* yang memanfaatkan teori perubahan perilaku, seperti model transtheoretical.
 - Memberikan insentif atau penghargaan bagi individu atau komunitas yang menunjukkan perubahan positif.
- b) Contoh Implementasi: Kompetisi "Kampung Aman" dengan hadiah bagi komunitas yang menunjukkan pengurangan cedera terbesar.
- 4) Memperkuat Koordinasi Antar Pemangku Kepentingan
- a) Strategi:
 - Membentuk forum lintas sektor yang melibatkan pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat untuk mendiskusikan perencanaan dan implementasi program.
 - Menggunakan platform digital untuk mempermudah komunikasi dan pelaporan antar pihak.
 - b) Contoh Implementasi: Forum keselamatan jalan raya yang melibatkan dinas perhubungan, kepolisian, dan masyarakat setempat.
- 5) Pengembangan Sistem Monitoring dan Evaluasi
- a) Strategi:
 - Mengembangkan sistem pengumpulan data berbasis aplikasi atau digital untuk melacak kejadian cedera secara real-time.
 - Melibatkan institusi pendidikan untuk melakukan penelitian dan evaluasi program.
 - b) Contoh Implementasi: Aplikasi pelaporan cedera berbasis komunitas yang memudahkan masyarakat untuk melaporkan insiden secara cepat.

B. Pentingnya mengatasi tantangan dalam program pencegahan cedera:

Menghadapi tantangan secara strategis adalah kunci keberhasilan program pencegahan cedera. Dengan mengidentifikasi hambatan secara dini dan merancang solusi yang sesuai, program dapat berjalan dengan lebih efektif, memberikan manfaat yang nyata bagi masyarakat, serta menciptakan lingkungan yang lebih aman.

C. Kesimpulan

Melalui kolaborasi dan implementasi strategis yang berkelanjutan, masyarakat dapat menciptakan lingkungan yang lebih aman dan sehat bagi semua anggota komunitas.

Pentingnya Pencegahan Cedera di Komunitas : Cedera adalah masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, menyebabkan kematian, kecacatan, dan beban ekonomi yang besar. Upaya pencegahan cedera berbasis komunitas adalah

pendekatan yang strategis dan efektif karena melibatkan individu, keluarga, dan kelompok masyarakat dalam mitigasi risiko.

Peran Vital Keperawatan Komunitas : Perawat komunitas memainkan peran kunci sebagai penggerak program pencegahan cedera melalui edukasi, kolaborasi lintas sektor, dan penerapan intervensi berbasis bukti. Kompetensi perawat komunitas dalam asesmen risiko, perencanaan, implementasi, dan evaluasi program merupakan elemen penting dalam memastikan keberhasilan intervensi.

Strategi Implementasi yang Beragam : Strategi pencegahan cedera harus mencakup identifikasi masalah, penyusunan rencana program, implementasi berbasis kebutuhan lokal, serta evaluasi berbasis data. Kolaborasi lintas sektor, inovasi teknologi, dan pemberdayaan masyarakat menjadi kunci utama keberlanjutan program.

Pelajaran dari Studi Kasus dan Praktik Terbaik : Studi kasus lokal dan internasional menunjukkan bahwa keterlibatan komunitas, pendekatan berbasis data, dan kolaborasi lintas sektor dapat secara signifikan mengurangi angka cedera. Implementasi program yang beradaptasi dengan konteks lokal juga meningkatkan keberhasilan.

D. Referensi

- Ahmed, S. K., Mohammed, M. G., Abdulqadir, S. O., El-Kader, R. G. A., El-Shall, N. A., Chandran, D., Rehman, M. E. U., & Dhama, K. (2023). Road traffic accidental injuries and deaths: A neglected global health issue. *Health Science Reports*, 6(5), e1240. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1240>
- Bae, J., Cho, J., Cho, S. I., Kwak, M., Lee, T., & Bae, C. A. (2015). Application and Developmental Strategies for Community-Based Injury Prevention Programs of the International Safe Communities Movement in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(6), 910–918. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.910>
- Hasibuan, H., Purba, B., Marzuk, M., Sianturi, M. E., Armus, A., Gusty, S., Sitorus, S., Khariri, K., Bachtiar, E., & Susilawaty, A. (2020). *Teknik Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Yayasan Kita Menulis.
- Jeihooni, A. K., Hidarnia, A., Kaveh, M. H., Hajizadeh, E., & Askari, A. (2016). Application of the health belief model and social cognitive theory for osteoporosis preventive nutritional behaviors in a sample of Iranian women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2), 131–141. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.178231>
- Lala, A., Handayani, H., & Widhiastuti, R. (2024). *Potret Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Indonesia*. Deepublish.

- Lee, L. K., Laraque-Arena, D., & Fleegler, E. W. (2024). The Updated Haddon Matrix for Pediatric Firearm Injuries. *JAMA Surgery*, 159(11), 1229–1230. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2024.2753>
- Lhachimi, S. K., Bala, M. M., & Vanagas, G. (2016). Evidence-Based Public Health. *BioMed Research International*, 2016, 5681409. <https://doi.org/10.1155/2016/5681409>
- Li, Y., Hou, L., Zhao, H., Xie, R., Yi, Y., & Ding, X. (2023). Risk factors for falls among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 9, 1019094. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1019094>
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2022). *Planning, implementing and evaluating health promotion programs*. Jones & Bartlett Learning.
- Nies, M. (2015). *Community/public health nursing: Promoting the health of populations*.
- Olivier, J., & Creighton, P. (2017). Bicycle injuries and helmet use: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 46(1), 278–292.
- Polinder, S., Haagsma, J., Panneman, M., Scholten, A., Brugmans, M., & Van Beeck, E. (2016). The economic burden of injury: Health care and productivity costs of injuries in the Netherlands. *Accident; Analysis and Prevention*, 93, 92–100. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.04.003>
- Qodrifuddin, T. A. A., Zulva, M., Aini, R., Utami, R. K., febri Cahyani, S., Aprialis, U., Safitri, B. N., Sayidah, W., & Raksun, A. (2022). Peningkatan Pemahaman Masyarakat terhadap Bahaya dan Dampak Bencana Alam Serta Penanggulangannya. *Jurnal Pengabdian Magister Pendidikan IPA*, 5(1), 173–177.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 10(4), 282–298. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282>
- Suryani, L., Purnomo, R. T., Hidayah, N., Wardhana, D. P. W., Laksmi, R. W., Nurhandayani, L., Nurjanah, U., Mu'awanah, S., Astuti, N. M., & Purborini, N. (2024). *Buku Ajar Ilmu Biomedik Dasar*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Wilson, M. G., Lavis, J. N., & Guta, A. (2012). Community-based organizations in the health sector: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 10, 1–9.

CHAPTER 5

KEPERAWATAN KOMUNITAS DALAM PERAWATAN PENYAKIT KRONIS BERBASIS RUMAH

Dr. Drs. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.

A. Pendahuluan

Penyakit kronis memiliki prevalensi yang tinggi di seluruh dunia. Menurut data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2021, diantara penyakit kronis adalah penyakit tidak menular, dimana merupakan 71% dari semua kematian global, dengan 15 juta orang meninggal setiap tahun akibat penyakit ini, dan 85% dari kematian tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Penyakit kronis memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan individu dan menimbulkan beban ekonomi yang besar. Dari dimensi kesehatan, penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup, keterbatasan aktivitas fisik, serta peningkatan risiko komplikasi serius. Misalnya, Pasien PPOK sering mengalami sesak napas yang progresif, mengakibatkan ketergantungan pada orang lain atau penggunaan oksigen tambahan, sehingga aktivitas sehari-hari menjadi terganggu.

Dari sisi ekonomi, biaya perawatan penyakit kronis mencakup biaya medis, obat-obatan, dan prosedur medis, serta biaya non-medis seperti transportasi ke fasilitas kesehatan. Selain itu, terdapat biaya tidak langsung akibat hilangnya produktivitas kerja, karena ketidakhadiran atau penurunan kemampuan bekerja. Sebagai contoh, sebuah penelitian menemukan bahwa rata-rata biaya medis langsung untuk pasien PPOK rawat inap di RSUP Fatmawati sebesar Rp 12.155.822 (Wulandari dan Veryanti, 2020). Selain itu, penyakit kronis juga dapat menyebabkan dampak finansial yang signifikan bagi pasien. Sebuah penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2020 menemukan bahwa rata-rata biaya per bulan untuk pasien PGK yang menjalani hemodialisis adalah Rp 8.224.837 dengan komponen terbesar untuk hemodialisis 79,66%, obat anemia 10,36%, dan obat non-anemia 7,11%. (Harianja, 2021)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 37 % pasien diabetes di Indonesia mengalami dampak finansial berat, dan 81 % di antaranya kesulitan membiayai pengobatan secara berkelanjutan, ditambah dengan kurangnya kesadaran dan upaya pencegahan, serta di beberapa daerah terpencil kualitas dan akses pelayanan kesehatan masih terbatas, baik dari segi jumlah maupun sarana dan prasarana,

disamping pengaruh gaya hidup dan lingkungan di wilayah urbanisasi, dimana telah terjadi perubahan gaya hidup yang telah meningkatkan faktor risiko, seperti konsumsi makanan cepat saji dan kurangnya aktifitas fisik. (Kemenkes, 2021)

Manajemen perawatan yang efektif dari penyakit kronis dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Pendekatan perawatan yang terkoordinasi dan berpusat pada pasien dapat mengurangi gejala, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Perawatan yang tepat dapat mencegah atau menunda komplikasi serius yang terkait dengan penyakit kronis, seperti kontrol gula darah yang baik pada pasien diabetes dapat mencegah komplikasi neuropati, nefropati, dan retinopati (*American Diabetes Association*, 2022). Manajemen perawatan penyakit kronis yang efektif, juga dapat mengurangi angka kematian. Sebuah laporan dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) pada tahun 2020 menunjukkan bahwa intervensi seperti pengendalian tekanan darah dan penghentian merokok telah berkontribusi pada penurunan angka kematian akibat penyakit jantung di Amerika Serikat.

Dalam pelaksanaannya perawatan penyakit kronis, tidak hanya tertumpu pada tenaga kesehatan, namun keluarga juga berperan, bahkan menjadi komponen kunci dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, mengurangi beban ekonomi, dan meningkatkan kualitas hidup individu. Keterlibatan keluarga dalam perawatan penyakit kronis di rumah memiliki peran penting dalam mendukung pasien secara fisik, psikologis, dan sosial. Penelitian oleh Kusnadi, et al. (2023) menunjukkan bahwa merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis mempengaruhi kehidupan keluarga dalam berbagai aspek. Selain itu, intervensi yang melibatkan anggota keluarga digunakan untuk merancang strategi perawatan penyakit kronis, karena keluarga mempunyai peran sangat penting dalam upaya manajemen diri pasien penyakit kronis di unit layanan primer.

Budaya Indonesia yang bersifat kekeluargaan juga menekankan pentingnya peran keluarga dalam perawatan penyakit kronis, dan peran keluarga sangat diperlukan untuk meningkatkan kesadaran dalam pencapaian kesehatan anggotanya. Dengan demikian, keterlibatan keluarga dalam perawatan penyakit kronis di rumah menjadi dasar yang esensial dalam mendukung pasien secara holistik dan memastikan keberhasilan manajemen penyakit kronis.

B. Keperawatan Komunitas Dalam Perawatan Penyakit Kronis Berbasis Rumah

1. Penyakit Kronis di Komunitas

Penyakit kronis merupakan kondisi kesehatan yang berlangsung dalam jangka panjang, biasanya lebih dari tiga bulan, dan cenderung berkembang secara perlahan. Penyakit yang berlangsung dalam waktu lama (lebih dari 3 bulan)

dan sering kali memburuk seiring waktu (*Centers for Disease Control and Prevention/CDC*, 2023). Penyakit kronis mencakup penyakit tidak menular (PTM) dan beberapa penyakit menular (PM) yang berlangsung lama, seperti HIV/AIDS dan hepatitis kronis. Penyakit ini sering kali tidak dapat disembuhkan sepenuhnya, tetapi dapat dikelola dengan perawatan yang baik dan didukung dengan perubahan gaya hidup. Ciri penyakit kronis, diantaranya berkembang secara perlahan dan bertahan lama, sehingga dalam penanggulangannya membutuhkan manajemen jangka panjang, dapat disebabkan oleh faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup, serta berisiko menyebabkan komplikasi serius. Penyakit kronis merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia, serta menimbulkan beban ekonomi yang besar (WHO, 2023).

Beberapa contoh penyakit kronis yang lazim terjadi pada masyarakat Indonesia adalah; 1) Diabetes Mellitus, yakni gangguan metabolisme yang menyebabkan kadar gula darah tinggi, 2) Hipertensi, yaitu tekanan darah tinggi yang meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke, 3) Penyakit Jantung Koroner (PJK), yaitu gangguan pada pembuluh darah jantung akibat penyumbatan atau penyempitan, 4) Stroke, yakni gangguan aliran darah ke otak yang bisa menyebabkan kecacatan atau kematian, 5) Kanker, yakni pertumbuhan sel abnormal yang dapat menyerang berbagai organ tubuh, 6) Asma, yaitu penyakit paru-paru kronis yang menyebabkan penyempitan saluran napas, 7) Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), yaitu penyakit paru yang menyebabkan kesulitan bernapas secara permanen, dan 8) Gagal Ginjal Kronis (GGK), yaitu penurunan fungsi ginjal secara bertahap hingga membutuhkan dialisis atau transplantasi (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Memahami faktor risiko terjadinya penyakit kronis penting dipahami oleh masyarakat, untuk supaya dapat melakukan upaya pencegahan dan pengelolaan penyakit kronisnya dengan baik, mengingat penyakit kronis berlangsung lama, dan memerlukan perawatan berkelanjutan. Beberapa faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap terjadinya penyakit kronis meliputi: (WHO, 2022 & Kemenkes RI, 2023).

a. Faktor Genetik

Riwayat keluarga dengan penyakit tertentu dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengembangkan penyakit kronis serupa. Faktor genetik merupakan salah satu faktor risiko utama dalam perkembangan penyakit kronis yang dapat memengaruhi metabolisme, sistem kekebalan tubuh, dan kerentanan terhadap berbagai penyakit. Beberapa penyakit kronis yang dipengaruhi oleh faktor genetik antara lain:

- 1) Diabetes Mellitus Tipe 2

Faktor genetik memainkan peran penting dalam risiko penyakit ini. Jika seseorang memiliki anggota keluarga yang menderita diabetes tipe 2, risiko terkena penyakit ini juga lebih tinggi.

2) Penyakit Ginjal Kronis

Faktor genetik memainkan peran penting dalam risiko penyakit ginjal. Jika memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit ginjal, maka risiko terkena penyakit ginjal kronis juga lebih tinggi.

3) Penyakit Jantung

Faktor genetik dapat memengaruhi risiko seseorang terkena penyakit jantung. Riwayat keluarga dengan penyakit jantung meningkatkan kemungkinan individu mengalami kondisi serupa.

Meskipun faktor genetik tidak dapat diubah, penting untuk menyadari keberadaannya, sehingga individu dapat mengambil langkah-langkah pencegahan yang tepat, seperti menerapkan gaya hidup sehat, dapat membantu mengurangi risiko perkembangan penyakit kronis.

b. Gaya Hidup Tidak Sehat:

Gaya hidup tidak sehat memiliki keterkaitan yang erat dengan peningkatan risiko terjadinya berbagai penyakit kronis. Sebagai contoh prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 34,1%, diabetes melitus sebesar 8,5%, kanker sebesar 1,8%, stroke sebesar 10,9%, dan gagal ginjal kronik sebesar 3,8%. (Risksesdas, 2018). Peningkatan prevalensi penyakit kronis ini sebagian besar disebabkan oleh perubahan gaya hidup modern yang semakin tidak sehat. Berikut beberapa gaya hidup tidak sehat:

1) Pola Makan Tidak Seimbang

Konsumsi makanan tinggi lemak, gara dan gula dapat mengakibatkan risiko penyakit seperti jantung koroner, diabetes, dan hipertensi.

2) Kurang Aktivitas Fisik

Gaya hidup sedentari atau kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan obesitas dan meningkatkan risiko berbagai penyakit kronis.

3) Merokok

Kebiasaan mokok dapat merusak pembuluh darah dan organ vital meningkatkan risiko penyakit jantung, stroke, dan kanker.

4) Alkohol Berlebihan

Menginsumsi alkohol secara berlebihan dapat merusak organ tubuh dan meningkatkan risiko penyakit kronis seperti sirosis hati dan kanker.

Untuk mencegah dan mengurangi risiko penyakit kronis, penting bagi individu dan masyarakat untuk menerapkan gaya hidup sehat. Dengan demikian, kesadaran dan perubahan perilaku menuju gaya hidup yang lebih

sehat menjadi kunci dalam menekan angka kejadian penyakit kronis serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

c. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan memiliki peran signifikan dalam mempengaruhi perkembangan penyakit kronis. Beberapa faktor utama yang berkontribusi antara lain:

1) Polusi Udara

Paparan terhadap polusi udara, seperti emisi kendaraan dan asap industri, dapat menyebabkan infeksi saluran pernapasan atas, asma, bronkitis, dan gangguan pernapasan lainnya.

2) Perubahan Iklim dan Bencana Alam

Perubahan iklim yang disebabkan oleh efek gas rumakaca, pemanasan global, dan kerusakan lapisan ozon dapat meningkatkan risiko penyakit saraf, pernapasan, dan diare.

3) Kualitas Air yang Buruk

Mengonsumsi air yang terkontaminasi oleh zat kimia atau limbah dapat menyebabkan penyakit gastrointestinal, gangguan sistem saraf, efek reproduksi, dan penyakit kronis seperti kanker.

4) Paparan Bahan Kimia Berbahaya

Paparan terhadap bahan kimia berbahaya seperti logam berat dan pestisida dapat meningkatkan risiko penyakit kronis, termasuk kanker.

5) Paparan Mikroba Patogen

Kontaminasi oleh mikroba berbahaya seperti *E. coli* dapat menyebabkan infeksi saluran pernapasan, infeksi saluran kemih, dan penyakit lainnya.

Memahami dan mengelola faktor-faktor lingkungan ini sangat penting untuk pencegahan dan pengendalian penyakit kronis.

2. Perawatan Penyakit Kronis Berbasis Rumah

a. Tujuan Perawatan Penyakit Kronis Berbasis Rumah

Kemenkes RI (2023), WHO, 2022). American Diabetes Association, 2023) mengemukakan bahwa penyakit kronis harus dilakukan perawatan yang berkelanjutan sampai di keluarga atau rumah. Penyakit kronis harus dikelola dengan baik dan tepat di keluarga atau rumah dengan tujuan:

1) Mencegah Perburukan Kondisi

Pengelolaan yang baik dapat mencegah komplikasi serius, mengurangi tingkat keparahan penyakit, dan meningkatkan harapan hidup penderita. Misalnya, penderita diabetes yang mengontrol gula darahnya dengan baik dapat menghindari komplikasi seperti gagal ginjal atau penyakit jantung.

2) Meningkatkan Kualitas Hidup

Perawatan yang tepat dapat membantu penderita tetap aktif, mandiri, dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik meskipun memiliki penyakit kronis. Dukungan keluarga sangat penting dalam menjaga kesejahteraan emosional dan mental penderita.

3) Mengurangi Beban Finansial

Dengan pengelolaan yang baik, risiko rawat inap atau perawatan medis darurat bisa dikurangi, sehingga beban biaya pengobatan menjadi lebih ringan bagi keluarga.

4) Meningkatkan Kepatuhan Pengobatan

Dukungan dari anggota keluarga dapat membantu memastikan bahwa penderita mematuhi jadwal pengobatan, pola makan sehat, dan rutinitas olahraga yang direkomendasikan oleh tenaga medis.

5) Mencegah Penyebaran Penyakit Menular

Beberapa penyakit kronis, seperti tuberkulosis atau hepatitis, memiliki risiko penularan jika tidak dikelola dengan baik. Pengelolaan yang baik di rumah dapat mengurangi risiko penularan kepada anggota keluarga lainnya.

6) Membantu Pemulihan Mental dan Emosional

Penyakit kronis sering kali mempengaruhi kondisi mental penderita, menyebabkan stres, depresi, atau kecemasan. Lingkungan keluarga yang suportif dapat membantu mengurangi dampak psikologis tersebut.

b. Tugas Keluarga terkait Penyakit Kronis

Keluarga memiliki tugas penting dalam pengelolaan penyakit kronis di rumah, mencakup beberapa tugas utama yang bertujuan untuk memastikan anggota keluarga yang sakit mendapatkan perawatan optimal dan mendukung kesejahteraan mereka. Berikut adalah tugas-tugas tersebut:

1) Mengenal Masalah Kesehatan

Keluarga harus mampu mengidentifikasi tanda dan gejala penyakit kronis yang dialami oleh anggotanya. Pemahaman yang baik tentang kondisi kesehatan ini memungkinkan keluarga untuk mengambil langkah-langkah yang tepat dalam perawatan.

2) Mengambil Keputusan yang Tepat

Setelah mengenali masalah kesehatan, keluarga perlu membuat keputusan yang tepat terkait tindakan yang harus diambil, seperti menentukan kapan harus mencari bantuan medis atau melakukan perawatan di rumah.

3) Memberikan Perawatan

Keluarga berperan dalam memberikan perawatan langsung kepada anggota yang sakit, termasuk memastikan kepatuhan terhadap pengobatan, membantu dalam aktivitas sehari-hari, dan memantau kondisi kesehatan secara rutin.

4) Mempertahankan Lingkungan Rumah yang Sehat

Menciptakan dan menjaga lingkungan rumah yang mendukung kesehatan juga merupakan tugas penting keluarga lainnya. Yakni mencakup menjaga kebersihan, memastikan ventilasi rumah yang baik, dan menciptakan suasana rumah yang nyaman bagi pasien.

5) Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan

Keluarga harus proaktif dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia, seperti berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, mengikuti program edukasi kesehatan, dan mengakses layanan pendukung lainnya yang dapat membantu dalam perawatan penyakit kronis.

Implementasi tugas-tugas ini telah terbukti efektif dalam perawatan pasien dengan penyakit kronis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran aktif keluarga dalam perawatan lansia dengan penyakit kronis di Yogyakarta mencapai 79,9% berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien. Dengan menjalankan tugas-tugas tersebut, keluarga dapat membantu mencegah komplikasi, meningkatkan kualitas hidup anggota yang sakit, dan mendukung proses pemulihan secara keseluruhan.

c. Perawatan Penyakit Kronis Berbasis Rumah

Merawat pasien dengan penyakit kronis di rumah memerlukan pendekatan yang komprehensif untuk memastikan kualitas hidup yang optimal (WHO, 2022). Berikut beberapa langkah penting yang dapat diambil:

1) Memanfaatkan Layanan *Home Care*

Layanan *home care* (HC) menyediakan perawatan kesehatan di rumah oleh tenaga profesional, seperti perawat, dokter, atau terapis lainnya. Manfaatnya antara lain pasien merasa lebih nyaman, mendapatkan perawatan yang lebih personal, dan pemantauan kesehatan yang kontinu. Hal ini dapat mengurangi stres dan kecemasan yang mungkin timbul saat harus ke rumah sakit.

2) Menjaga Pola Hidup Sehat

Penerapan gaya hidup sehat sangat penting dalam pengelolaan penyakit kronis. Beberapa langkah yang dapat diambil meliputi: (1) Mengatur pola makan: konsumsi makanan bergizi seimbang, perbanyak sayur dan buah, serta hindari makan olahan dan tinggi gula. (2) Berolahraga secara teratur: aktivitas fisik teratur, terstruktur dan terukur membantu meningkatkan

metabolisme dan mengontrol berat badan, (3) Menghindari kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol berlebihan, karena kebiasaan ini dapat memperburuk kondisi penyakit kronis. (4) Memantau kadar gula darah. Bagi penderita diabetes atau yang berisiko, pemantauan rutin gula darah penting untuk pengendalian dan mencegah komplikasi.

3) Dukungan Keluarga dan Lingkungan

Merawat seseorang dengan penyakit kronis di rumah membutuhkan dukungan fisik, emosional, dan lingkungan yang mendukung agar mereka merasa nyaman dan mendapatkan perawatan yang optimal. Berikut adalah beberapa cara untuk memberikan dukungan yang efektif: Pramesuari, A., & Agus, S. (2023).

a) Dukungan Fisik

Memberikan dukungan fisik, dilakukan dengan: 1) Menyesuaikan Lingkungan Rumah, dengan memastikan rumah aman dan nyaman, seperti memasang pegangan di kamar mandi atau tempat tidur jika diperlukan, menggunakan tempat tidur yang sesuai, misalnya ranjang medis jika pasien memiliki mobilitas terbatas, dan menyediakan ventilasi dan pencahayaan yang baik untuk kenyamanan pasien. 2) Menyediakan peralatan medis yang diperlukan, dengan memastikan obat-obatan selalu tersedia dan disimpan dengan baik, serta menggunakan alat bantu seperti kursi roda, alat oksigen, atau alat pemantau kesehatan jika dibutuhkan. dan 3) Membantu dalam perawatan medis, dengan mengikuti jadwal pengobatan dan kontrol dokter secara teratur, belajar teknik dasar perawatan seperti mengganti perban, memantau tekanan darah, atau memberikan injeksi jika diperlukan, dan berkoordinasi dengan tenaga kesehatan, seperti perawat atau fisioterapis yang bisa datang ke rumah.

b) Dukungan Emosional dan Sosial

Dukungan emosi dan sosial dilakukan, melalui: 1) Menjaga komunikasi yang baik, dengan mendengarkan perasaan dan keluhan pasien dengan empati, dan mengajak pasien berbicara, berbagi cerita, atau melakukan aktivitas ringan yang mereka sukai. 2) Membantu menjaga kesehatan mental, dengan memastikan pasien tetap merasa dihargai dan tidak menjadi beban, mendukung kegiatan yang meningkatkan semangat hidup, seperti hobi atau interaksi sosial dengan keluarga dan teman, serta jika diperlukan, cari dukungan dari psikolog atau kelompok pendukung pasien penyakit kronis.

c) Dukungan Nutrisi dan Gaya Hidup Sehat

Dukungan nutrisi dan gaya hidup sehat dapat dilakukan melalui: 1) Menjaga pola makan sehat, dengan memastikan pasien mendapatkan makanan bergizi sesuai dengan kondisi kesehatannya (misalnya, makanan rendah garam untuk penderita hipertensi), dan mengkonsultasikan dengan ahli gizi untuk memastikan pola makan yang sesuai. 2) Mendorong aktivitas fisik yang aman, dengan membantu pasien melakukan aktivitas ringan seperti berjalan atau senam sesuai dengan anjuran, dan memastikan pasien tetap bergerak untuk mencegah komplikasi seperti atrofi otot atau luka dekubitus akibat sering berbaring.

d) Memberikan Dukungan untuk Keluarga dan Pengasuh

Dukungan untuk keluarga dan pengasuh diberikan melalui: 1) Membagi tanggung jawab, dengan melibatkan anggota keluarga lain agar perawatan tidak membebani satu orang saja, dan mempertimbangkan bantuan perawat atau tenaga medis jika diperlukan. 2) Menghindari stres berlebihan pada Pengasuh, dengan memberikan waktu istirahat bagi pengasuh agar tidak mengalami kelelahan fisik dan mental, dan mencari komunitas atau kelompok dukungan bagi keluarga pasien penyakit kronis. 3) Edukasi dan Kesiapan, dengan mempelajari lebih lanjut tentang penyakit yang diderita agar dapat memberikan perawatan yang lebih baik, serta menyiapkan rencana darurat jika terjadi komplikasi atau kondisi kritis.

4) Penggunaan Teknologi dalam Perawatan

Penggunaan teknologi dalam perawatan penyakit kronis telah membawa perubahan signifikan dalam manajemen kesehatan, meningkatkan efisiensi perawatan, dan memfasilitasi pemantauan kondisi pasien secara lebih efektif. Berikut beberapa penerapan teknologi dalam perawatan penyakit kronis:

(1) *Telemedicine*

Telemedicine memungkinkan pasien berkonsultasi dengan dokter dari jarak jauh melalui *platform digital*. Ini sangat bermanfaat bagi pasien dengan mobilitas terbatas atau yang tinggal di daerah terpencil, memastikan mereka tetap mendapatkan perawatan yang berkelanjutan tanpa harus melakukan perjalanan jauh.

(2) Aplikasi *Mobile* dan *Web* Kesehatan

Aplikasi kesehatan berbasis *mobile* dan *web* membantu pasien memantau kondisi mereka secara *real-time*, mencatat gejala, dan mengelola pengobatan. Misalnya, aplikasi untuk pemantauan kadar gula

darah pada pasien diabetes atau pengingat minum obat. Studi menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi ini dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis.

(3) *Smart Home Healthcare*

Teknologi *smart home healthcare* (SHH) memungkian pemantauan kesehatan pasien di rumah melalui perangkat yang terhubung. Ini membantu dalam mendeteksi perubahan kondisi kesehatan secara dini dan memungkinkan intervensi cepat jika diperlukan.

(4) *Artificial Intelligence* (AI) dalam Diagnostik

AI digunakan untuk menganalisis data medis seperti foto rontgen, CT scan, dan MRI, membantu dalam deteksi dini dan diaosis penyakit kronis. Hal ini meningkatkan akurasi diagnosis dan memungkinkan perawatan yang lebih tepat waktu.

(5) Sistem Informasi Kesehatan Elektronik

Implementasi rekam medis elektronik memudahkan akses dan berbagi informasi kesehatan antara profesional medis, memastikan koordinasi perawatan yang lebih baik dan mengurangi risiko kesalahan medis.

Dengan integrasi teknologi ini, perawatan penyakit kronis menjadi lebih proaktif, efisien, dan berpusat pada pasien, yang pada akhirnya meningkatkan hasil kesehatan dan kualitas hidup pasien.

5) Perawatan Paliatif

Pasien dengan kondisi penyakit kronis yang sudah lanjut, perawatan paliatif dapat menjadi pilihan. Perawatan paliatif adalah pendekatan layanan keperawatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penyakit serius atau mengancam jiwa, seperti kanker stadium lanjut, penyakit jantung kronis, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), atau penyakit neurodegenerative seperti Alzheimer, Parkinson, Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), Penyakit Ginjal Kronis (PGK). Fokusnya bukan untuk menyembuhkan penyakit, tetapi untuk mengurangi gejala, mengelola rasa sakit, serta memberikan dukungan emosional, sosial, dan spiritual bagi pasien serta keluarganya. (Kemenkes, 2016, UGM, 2023, dan RS St. Carolus, 2023). Perawatan Paliatif memiliki tujuan:

- a) Mengurangi gejala: Mengelola nyeri, sesak napas, mual, kelelahan, dan gejala lainnya.
- b) Meningkatkan kualitas hidup: Membantu pasien tetap nyaman dan memiliki kontrol atas kesehariannya.
- c) Memberikan dukungan psikososial dan spiritual: Membantu pasien dan keluarga menghadapi stres serta proses penyakit.

- d) Membantu pengambilan keputusan medis: Menyediakan informasi dan panduan terkait pilihan perawatan yang sesuai dengan keinginan pasien.

Perawatan paliatif bisa diberikan bersamaan dengan terapi kuratif atau sebagai bagian dari perawatan akhir kehidupan (*hospice care*). Layanan ini bisa diberikan di rumah sakit, panti lansia, atau di rumah pasien, tergantung pada kebutuhan dan keinginan pasien serta keluarganya. Keputusan menjalani perawatan paliatif sebaiknya didiskusikan bersama, antara petugas kesehatan, pasien, dan keluarga.

6) Peran Aktif dalam Manajemen Kesehatan

Peran aktif dalam manajemen kesehatan sangat penting bagi pasien, keluarga, dan masyarakat. Beberapa aspek peran aktif masing-masing kelompok:

a) Peran Pasien dalam Manajemen Kesehatan

Pasien memiliki peran utama dalam menjaga kesehatannya sendiri, yaitu: 1) Mematuhi rencana perawatan, dengan mengikuti anjuran dokter, minum obat sesuai resep, dan menjalani terapi yang dianjurkan, 2) Menerapkan gaya hidup sehat, dengan mengonsumsi makanan bergizi, berolahraga, menghindari merokok dan alkohol, serta mengelola stress, 3) Mengenali gejala dan tanda bahaya, dengan memahami kondisi kesehatan diri sendiri dan segera mencari bantuan medis jika diperlukan, 4) Mengelola rekam medis, dengan menyimpan catatan kesehatan pribadi, termasuk riwayat penyakit, alergi, dan pengobatan yang sedang dijalani, dan 5) Bersikap proaktif dalam edukasi kesehatan, dengan mencari informasi tentang penyakitnya agar lebih memahami pilihan pengobatan dan perawatan yang tepat.

b) Peran Keluarga dalam Manajemen Kesehatan

Keluarga berperan besar dalam mendukung anggota yang sakit dengan cara: 1) Memberikan dukungan emosional dan moral, dengan menjaga semangat pasien dalam menjalani pengobatan dan pemulihan, 2) Membantu dalam kepatuhan pengobatan, dengan mengingatkan pasien untuk minum obat, menghadiri janji dokter, dan menjalani terapi, 3) Menyiapkan lingkungan sehat, dengan memastikan pola makan yang sehat, kebersihan rumah, dan lingkungan yang mendukung pemulihan pasien, 4) Meningkatkan literasi kesehatan, dengan mempelajari penyakit yang diderita anggota keluarga agar bisa membantu dalam pengambilan keputusan medis, dan 5) Membantu dalam pemantauan kondisi pasien, dengan mencatat perkembangan pasien, tanda-tanda perburukan kondisi, dan segera bertindak jika terjadi keadaan darurat.

c) Peran Masyarakat dalam Manajemen Kesehatan

Masyarakat juga memiliki tanggung jawab dalam menjaga kesehatan kolektif, melalui: 1) Mendukung program kesehatan public, dengan berpartisipasi dalam vaksinasi, donor darah, dan kampanye kesehatan lainnya, 2) Meningkatkan akses layanan kesehatan, dengan mendorong tersedianya fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau dan terjangkau, 3) Edukasi dan advokasi kesehatan, dengan mengedukasi masyarakat tentang pencegahan penyakit, gaya hidup sehat, dan pentingnya pemeriksaan kesehatan berkala, dan 4) Membangun komunitas sehat, dengan mempromosikan kebiasaan sehat seperti olahraga bersama, konsumsi makanan sehat, dan pengelolaan stres dalam kehidupan sehari-hari.

Kemenkes RI menggulirkan pola hidup sehat diterapkan dengan dua pendekatan yang dikenal luas di Indonesia, yaitu **CERDIK** dan **PATUH**, yang merupakan akronim dari langkah-langkah pencegahan penyakit kronis termasuk PTM dan kepatuhan dalam pengobatan. CERDIK merupakan adalah panduan dari Kementerian Kesehatan RI untuk mencegah kronis termasuk PTM seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung, meliputi **C**ek kesehatan secara rutin, **E**nyahkan asap rokok, **R**ajin aktivitas fisik, **D**iet sehat dengan kalori seimbang, **I**stirahat cukup, dan **K**elola stress, sedangkan PATUH merupakan panduan untuk mengendalikan penyakit kronis termasuk PTM agar tetap sehat dan tidak mengalami komplikasi, meliputi: **P**eriksa kesehatan secara rutin, **A**tasi obat sesuai anjuran dokter, **T**etap diet sehat dan seimbang, **U**payakan aktivitas fisik, dan **H**indari rokok, alkohol, dan zat berbahaya. (Kemenkes RI, 2022)

C. Simpulan

Penyakit kronis memiliki prevalensi tinggi secara global dan berdampak besar pada kesehatan serta ekonomi. Menurut WHO (2021), penyakit tidak menular menyumbang 71% dari kematian global, dengan mayoritas terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Penyakit seperti diabetes, hipertensi, dan PPOK menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan biaya medis serta non-medis. Pengelolaan yang baik dapat mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Keluarga berperan penting dalam perawatan di rumah, terutama dalam mendukung aspek fisik, psikologis, dan sosial pasien. Penyakit kronis bersifat jangka panjang dan berkembang perlahan, mencakup penyakit tidak menular maupun penyakit menular. Faktor risiko terjadinya penyakit kronis meliputi genetik, gaya hidup tidak sehat (pola makan buruk, kurang aktivitas, merokok,

alkohol), serta faktor lingkungan (polusi udara, kualitas air buruk, paparan bahan kimia). Pencegahan melalui gaya hidup sehat dapat mengurangi risiko penyakit ini.

Perawatan penyakit kronis di rumah mutlak dilakukan untuk mencegah perburukan kondisi, meningkatkan kualitas hidup, mengurangi beban finansial, meningkatkan kepatuhan pengobatan, mencegah penyebaran penyakit, dan mendukung pemulihan mental pasien, dengan menjalankan tugas keluarga dalam pengelolaan penyakit kronis, dengan mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan tepat, memberikan perawatan, menjaga lingkungan sehat, serta memanfaatkan fasilitas kesehatan terkait penyakit kronis.

Strategi perawatan yang dapat dikembangkan dengan: Layanan home care untuk pemantauan pasien, Gaya hidup sehat dengan pola makan seimbang, olahraga, dan menghindari rokok serta alkohol, Dukungan keluarga dan lingkungan dalam aspek emosional dan praktis, Teknologi kesehatan, seperti telemedicine, aplikasi kesehatan, dan AI dalam diagnostic, Perawatan paliatif bagi pasien kronis stadium lanjut, serta Manajemen aktif kesehatan melalui edukasi, kepatuhan pengobatan, dan konsultasi rutin. Perawatan penyakit kronis di rumah memerlukan pendekatan holistik dengan dukungan keluarga, teknologi, dan layanan kesehatan yang berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

D. Referensi

-
- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2014). *Community & Public Health Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- American Diabetes Association. (2023). *Home Management of Diabetes*
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Chronic Diseases in the U.S*. Retrieved from <https://www.cdc.gov>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Chronic Disease Prevention and Management*.
- Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM. (2023). *Mengenal Perawatan Paliatif untuk Pasien dengan Penyakit Mengancam Jiwa*. <https://fkkmk.ugm.ac.id>
- Harianja ME. (2021). *Analisis Biaya Terapi Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Rawat Jalan dengan Komplikasi Anemia yang Menjalani Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Perpustakaan UGM, Yogyakarta

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Pedoman Teknis Pelayanan Paliatif Kanker*. Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. <https://p2ptm.kemkes.go.id>
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Pedoman Pelaksanaan Sosialisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Bersama Mitra Potensial*, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Pedoman Pengelolaan Penyakit Kronis di Masyarakat*, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Kusnadi et al. (2023), *Psikoedukasi keluarga untuk mengurangi beban perawatan pada keluarga pasien penyakit kronik*. Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Science Journal, VOL 14 No 1 (2023): 1-8
<https://ejournal.stikku.ac.id/index.php/stikku>
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. Elsevier.
- RSUP Dr. Sardjito. (2019). *Perawatan Paliatif Melalui Program Home Care*. <https://sardjito.co.id>
- Rumah Sakit St. Carolus. (2023). *Perawatan Paliatif*. Diakses dari: <https://rscarolus.or.id>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. Elsevier Health Sciences.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Managing Chronic Conditions at Home*
- World Health Organization (WHO). (2023). *Non-communicable Diseases*. Retrieved from <https://www.who.int>
- Wulandari & Veryanti. (2020). *Analisis Biaya Pasien PPOK Rawat Inap di RSUP Fatmawati Periode 2018*. Sainstech Farma-Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol 13 No. 1, Januari 2020.

E. Glosarium

AI	: Artificial Intelligence
ALS	: Amyotrophic Lateral Sclerosis
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CT Scan	: Computed Tomography Scan
GGK	: Gagal Ginjal Kronis
HC	: Home Care
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
MRI	: Magnetic Resonance Imaging

- PGK : Penyakit Ginjal Kronis
PM : Penyakit Menular
PPOK : Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PTM : Penyakit Tidak Menular
SHH : Smart Home Healthcare
WHO : World Health Organization

CHAPTER 6

PROGRAM KEPERAWATAN UNTUK PENYAKIT KULIT DI KOMUNITAS

Ns. Putri Mayang Sari, S.Kep., M.K.M.

A. Pendahuluan/Prolog

Sistem integumen merupakan sistem organ berperan penting pada kehidupan manusia. Kulit dan macam-macamnya pelengkap (termasuk rambut, kuku, kelenjar, dan lainnya struktur) menutupi, membantali, dan melindungi jaringan yang lebih dalam serta organ-organ tubuh. Kulit pada umumnya memberikan batas antara lingkungan internal tubuh dan lingkungan eksternal. Sistem integumen juga penting untuk regulasi suhu tubuh dan ekskresi bahan sisa tubuh dan memberikan respon sensorik antara tubuh dan lingkungan luar. Kulit umumnya terdiri dari sekitar 12-15% dari berat badan (Kang S, 2019).

Penyakit kulit dapat menyerang siapa saja dan dapat menyerang pada bagian tubuh mana pun. Penyakit kulit merupakan salah satu penyakit yang sering dijumpai pada negara beriklim tropis seperti Indonesia. Kejadian penyakit kulit di Indonesia masih tergolong tinggi dan menjadi permasalahan yang cukup berarti. Hal tersebut karena kurangnya kesadaran dan ketidakpedulian masyarakat terhadap lingkungan sekitar yang menyebabkan penularan penyakit kulit sangat cepat. Berbagai penyakit kulit dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti lingkungan dan kebiasaan sehari-hari yang buruk, perubahan iklim, virus, bakteri, alergi, daya tahan tubuh dan lain-lain (Taslim W, 2020).

Personal hygiene dan sanitasi lingkungan sangat mempengaruhi kejadian penyakit menular. Penyakit menular yang sering terjadi pada komunitas yang tinggal di asrama seperti sekolah berasrama, pondok pesantren dan penghuni kos-kosan adalah penyakit kulit, penyakit saluran pernapasan, dan penyakit saluran pencernaan. Penyakit kulit merupakan penyakit yang paling sering dijumpai pada Negara berkembang dapat berkisar 20-80%. Penyakit ini sangat dipengaruhi oleh higienitas pribadi dan lingkungan. Perilaku penderita dan orang disekitar penderita sangat mempengaruhi kesembuhan dan tertularnya kembali penyakit tersebut.

Faktor risiko penyakit kulit sangat erat kaitannya dengan kontak penderita, pengelolaan lingkungan di asrama, dan perilaku warga penghuni pondok dalam pencegahan penyakit kulit (Kustantie, 2016). Penyakit kulit yang paling sering muncul dan paling banyak menjangkit siswa di sekolah berasrama adalah skabies.

Penyakit ini disebabkan oleh Sarcoptes scabiei atau tungau yang menyebabkan gatal di malam hari, terutama saat cuacanya lembab (Ratnasari, 2014).

Berdasarkan data epidemiologi di Indonesia didapatkan bahwa 97% dari 389 kasus penyakit kulit adalah dermatitis kontak, dimana sebanyak 66,3% dari kasus tersebut merupakan dermatitis kontak iritan dan 33,7% adalah dermatitis kontak alergi. Berdasarkan penelitian Zayyid pada tahun 2010, dilaporkan bahwa prevalensi skabies di Penang, Malaysia, sebesar 31% pada anak yang berusia 10-12 tahun (Zayyid, 2010). Prevalensi skabies di Indonesia berdasarkan laporan dari Departemen Kesehatan RI pada tahun 2009 sebesar 4,6%-12,95%, dan menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit terbanyak yang menjangkit masyarakat Indonesia. Berdasarkan survei, didapatkan data bahwa terdapat 704 kasus skabies, dimana 5,77 % diantaranya adalah kasus baru. Pada tahun 2011, prevalensi skabies secara keseluruhan adalah 6% dan pada tahun 2013 prevalensi skabies turun menjadi 3,9 %. Prevalensi skabies di Indonesia termasuk yang tertinggi, dimana menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit yang paling sering diderita masyarakat Indonesia. Untuk saat ini, angka kejadian skabies meningkat dibandingkan angka kejadian pada 20 tahun yang lalu. Berdasarkan hasil penelitian Ramdan (2013), kejadian skabies banyak ditemukan pada panti asuhan, asrama (pondok pesantren), penjara, rumah sakit, serta tempat-tempat yang mempunyai kondisi sanitasi yang buruk (Zayyid, 2010).

Ada beberapa penyakit kulit yang sering terjadi di masyarakat, diantaranya adalah tinea corporis, tinea kruris, tinea pedis, pitiriasis versicolor, kandidosis, miliaria rubra, dan skabies. Tinea corporis penyakit kulit yang disebabkan karena adanya infeksi jamur dermatofita pada kulit halus (glaborous skin). Penyakit ini sering terjadi di daerah muka, badan, lengan dan glutae. Penyakit ini sering disebabkan karena infeksi *T. rubrum* dan *T. mentagrophytes*. Seringkali juga terjadi infeksi bersama-sama dengan *Tinea kruris* dan *Tinea unguerium*. Lesi yang dihasilkan biasanya sangat gatal, terutama pada waktu berkeringat. Kelainan yang dilihat dalam klinik merupakan lesi bulat atau lonjong, berbatas tegas, terdiri atas eritema, skuama, dan kadang-kadang disertai dengan vesikel dan papul di tepi. Kadang-kadang akan terlihat erosi dan krusta akibat garukan. Lesi-lesi yang terjadi biasanya berupa bercak-bercak terpisah satu dengan yang lain. Kelainan kulit dapat pula terlihat sebagai lesi-lesi dengan pinggir polisiklik, karena beberapa lesi kulit yang menjadi satu (Mustafa, 2015).

Salah satu cara untuk mencegah terjadinya penyakit kulit adalah dengan mandi secara teratur. Untuk kenyamanan pribadi dan juga lingkungan pergaulan, maka mandi secara teratur 2 kali sehari merupakan hal yang harus dilakukan. Manfaat dari mandi secara teratur diantaranya adalah menyegarkan badan, mengurangi rasa

gelisah, perasaan tidak enak, dan juga mencegah bau badan yang kurang sedap, yang kemungkinan bisa mengganggu interaksi dengan orang lain. Selain untuk kenyamanan fisik, mandi yang teratur juga merupakan kebutuhan integritas dari kulit, sehingga kulit kita akan terhindar dari penyakit kulit yang disebabkan karena infeksi. Karena dengan mandi menggunakan sabun, terutama sabun yang mengandung antiseptic, maka akan membunuh kuman atau mikroorganisme yang menempel ke tubuh, sehingga mencegah terjadinya infeksi kulit (Tan, 2015).

Selain dari segi hygiene pribadi, faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi terjadinya penyakit kulit. Kualitas dari sarana air bersih dapat berdampak bagi kesehatan kulit. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kualitas air bersih adalah pembuangan air limbah. Beberapa aspek yang mempengaruhi status kesehatan lingkungan masyarakat diantaranya adalah perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih, dan lain sebagainya. Banyak sekali faktor yang harus diperhatikan agar kesehatan lingkungan dapat memenuhi standar yang telah ditetapkan pemeringah. Apabila faktor-aktor tersebut tidak diperhatikan, maka dapat mengganggu tercapainya kesehatan lingkungan yang optimal. Kesehatan lingkungan yang baik juga dapat berpengaruh positif terhadap kondisi elemen-elemen, baik itu hayati maupun non hayati, yang ada di ekosistem.

B. Penyakit Kulit di Komunitas

Kulit merupakan salah satu bagian tubuh yang berfungsi sebagai pembungkus yang elastik yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Kulit merupakan organ yang berfungsi sebagai proteksi. Hal ini menyebabkan kulit mempunyai peranan yang sangat penting dalam meminimalkan setiap gangguan dan ancaman yang masuk melewati kulit. Kulit juga merupakan alat tubuh yang terberat dan terluas ukurannya, dimana kulit merupakan 15% dari berat tubuh. Luas kulit di seluruh tubuh kirakira adalah $1,50 - 1,75 \text{ m}^2$, dimana rata-rata tebal kulit adalah 1-2 mm. Kulit yang paling tebal adalah telapak tangan dan kaki, dimana mempunyai ketebalan sekitar 6 mm. Kulit yang paling tipis adalah kulit yang ada di penis, dimana ketebalan rata-ratanya adalah 0,5 mm (Rosana, 2020).

Kulit mempunyai bermacam-macam fungsi yang dapat membantu tubuh untuk menyesuaikan dengan kondisi lingkungan. Adapun fungsi kulit diantaranya adalah sebagai proteksi, absorpsi, ekskresi, persepsi, indera perasa, pengaturan suhu tubuh, pembentukan pigmen, keratinisasi, dan pembentukan vitamin D. Kulit membantu untuk menjaga bagian dalam tubuh terhadap berbagai gangguan, baik itu gangguan fisis maupun gangguan mekanis. Contoh gangguan yang dapat membahayakan organ dalam tubuh adalah tekanan, gesekan, tarikan, gangguan

kimiawi, gangguan yang bersifat panas (baik itu karena radiasi, sengatan ultraviolet), maupun gangguan infeksi luar, baik itu bakteri maupun jamur (Agustina, 2016).

Kulit yang sehat adalah kulit yang tidak mudah menyerap air, larutan, atau benda padat, tetapi cairan tersebut akan mudah menguap sehingga tidak mudah diserap, begitupun yang larut lemak. Kulit akan lebih mudah untuk menyerap bahan tertentu seperti gas dan zat larut dalam lemak. Zat-zat tersebut akan lebih mudah masuk ke dalam kulit dan akhirnya masuk ke peredaran darah. Zat-zat tersebut dapat bercampur dengan lemak yang menutupi permukaan kulit. Masuknya zat-zat tersebut terjadi melalui folikel rambut dan hanya sekali yang melalui muara kelenjar keringat. Kulit mempunyai dua jenis pergetahan, yaitu sebum dan keringat. Getah sebum dihasilkan oleh kelenjar sebaseus, sedangkan keringat dihasilkan oleh kelenjar keringat. Sebum merupakan sejenis lemak yang dapat membuat kulit menjadi lentur. Kelenjar-kelenjar kulit dapat mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna lagi atau sisa metabolisme dalam tubuh berupa NaCl, urea, asam urat, dan amonia. Kulit juga mengandung ujung-ujung saraf sensorik di dermis dan subkutis (S, 2010).

Indera perasa di kulit akan bekerja bila ada rangsangan terhadap sensoris dalam kulit. Fungsi indera perasa yang utama adalah merasakan nyeri, perabaan, panas dan dingin. Kulit juga dapat bereaksi dengan cara mengeluarkan keringat dan mengerutkan (otot berkontraksi) pembuluh darah kulit. Pada saat suhu dingin, maka peredaran darah di kulit dapat berkurang, sehingga dapat mempertahankan suhu badan. Pada waktu suhu panas, maka peredaran darah di kulit meningkat, sehingga terjadi penguapan keringat dari kelenjar keringat. Hal ini bisa menyebabkan suhu tubuh dapat dijaga agar tidak terlalu panas (Effekharjo, 2015). Sel pembentuk pigmen (melanosit) terletak pada lapisan basal, dan sel ini berasal dari rigi saraf. Paparan kulit terhadap sinar matahari dapat mempengaruhi produksi melanosom. Pigmen dapat disebar ke epidermis melalui tangantangan dendrit, sedangkan ke lapisan kulit di bawahnya akan dibawa oleh sel melanofog (melanofor). Melanin yang memberi warna pada kulit akan melindungi kulit dari akibat buruk sinar ultra violet. Keratinosit melalui proses sintesis dan degradasi menjadi lapisan tanduk. Pada keadaan normal, proses ini akan berlangsung kira-kira 14-21 hari dan akan memberikan perlindungan kulit terhadap infeksi secara mekanis fisiologik. Pembentukan vitamin D dimungkinkan dengan mengubah hidroksi kolesterol dengan pertolongan sinar matahari namun kebutuhan tubuh akan vitamin D mungkin tidak cukup hanya dari hal itu saja, sehingga terkadang perlu pemberian vitamin D secara sistemik (Fadhilah, 2012).

Ada beberapa penyakit kulit yang sering terjadi di masyarakat, diantaranya adalah tinea korporis, tinea kruris, tinea pedis, pitiriasis versicolor, kandidosis,

miliaria rubra, dan skabies. Tinea korporis penyakit kulit yang disebabkan karena adanya infeksi jamur dermatofita pada kulit halus (glaborous skin). Penyakit ini sering terjadi di daerah muka, badan, lengan dan glutea. Penyakit ini sering disebabkan karena infeksi *T. rubrum* dan *T. mentagrophytes*. Seringkali juga terjadi infeksi bersama-sama dengan Tinea kruris dan Tinea unguerium. Lesi yang dihasilkan biasanya sangat gatal, terutama pada waktu berkeringat. Kelainan yang dilihat dalam klinik merupakan lesi bulat atau lonjong, berbatas tegas, terdiri atas eritema, skuama, dan kadang-kadang disertai dengan vesikel dan papul di tepi. Kadang-kadang akan terlihat erosi dan krusta akibat garukan. Lesi-lesi yang terjadi biasanya berupa bercak-bercak terpisah satu dengan yang lain. Kelainan kulit dapat pula terlihat sebagai lesi-lesi dengan pinggir polisiklik, karena beberapa lesi kulit yang menjadi satu (Mustafa, 2015).

Berikut beberrapa jenis penyakit kulit yang sering dijumpai di masyarakat / komunitas (Mustafa, 2015) :

1. Tinea kruris merupakan penyakit kulit yang disebabkan akibat infeksi jamur dermatofita di daerah lipat paha, genitalia, dan di sekitar anus. Infeksi ini dapat meluas sampai ke bokong dan perut bagian bawah. Penyebabnya biasanya adalah *E. Floccosum* atau *T. rubrum*. Keluhan yang dirasakan penderita adalah gatal di daerah lipat paha sekitar anogenital. Gambaran klinik biasanya adalah lesi simetris di lipat paha kanan dan kiri. Mula-mula lesi dapat berupa bercak eritematosa dan gatal, namun semakin lama akan meluas hingga dapat sampai ke skrotum, pubis, glutea, dan paha. Tepi lesi aktif, polisiklis, ditutupi skuama, dan kadang-kadang disertai dengan banyak vesikel kecil-kecil;
2. Tinea pedis merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi jamur dermatofita di daerah kulit telapak tangan dan kaki, punggung kaki, serta daerah interdigital. Penyebab yang paling sering adalah *T. rubrum*, *T. metagrophytes*, dan *E. floccosum*. Penyakit ini disebabkan oleh jamur yang tumbuh subur pada kulit yang lembab. Penyakit ini sering terjadi pada orang dewasa yang setiap hari harus memakai sepatu tertutup. Bisa juga terjadi pada orang yang sering bekerja di tempat basah, misalnya mencuci atau bekerja di sawah, dan sebagainya. Keluhan yang dirasakan penderita bisa bervariasi, mulai dari sangat gatal dan nyeri karena terjadinya infeksi sekunder dan peradangan;
3. Pitiriasis versicolor merupakan penyakit kulit yang disebabkan karena adanya infeksi jamur superfisial pada lapisan tanduk kulit. Penyakit ini banyak disebabkan oleh *Malassezia furfur* atau *Pityrosporum orbiculare*. Infeksi ini bersifat menahun, ringan, dan biasanya tanpa peradangan. Lokasi kulit yang sering mengalami penyakit ini adalah muka, leher, badan, lengan atas, ketiak, paha dan lipatan paha. Lesi kulit dapat berupa bercak putih sampai coklat,

merah, dan hitam, berbentuk tidak teratur, dapat berbatas tegas atau difus. Di atas lesi, biasanya terdapat sisik halus dengan keluhan gatal-gatal, dan terjadi biasanya pada saat berkeringat. Penyakit ini dapat menyerang siapa saja, terutama pada orang yang mempunyai kondisi hygiene buruk;

4. Kandidosis merupakan penyakit kulit akut atau subakut, yang disebabkan oleh jamur dari golongan Candida. Penyakit ini menyerang kulit, kuku, selaput lendir, dan organ dalam. Infeksi kandida dapat terjadi apabila didukung oleh faktor predisposisi, baik endogen maupun eksogen. Faktor endogen yang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit ini adalah perubahan fisiologik, umur, dan imunologik. Faktor eksogen yang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit ini adalah iklim, panas, kelembaban, kebersihan kulit, kebiasaan berendam kaki terlalu lama, serta kontak langsung dengan penderita;
5. Miliaria rubra merupakan suatu penyakit kulit, dimana terjadi karena tertutupnya pori-pori keringat. Hal ini dapat menimbulkan retensi keringat di dalam kulit. Sumbatan terletak di dalam epidermis. Miliaria rubra banyak terjadi pada daerah panas dengan kelembaban yang tinggi. Penyakit ini terjadi karena ada sumbatan keratin pada saluran keringat pada permulaan musim hujan atau pada saat udara lembab. Udara lembab ini dapat mempengaruhi keratin di sekeliling lubang keringat yang mula-mula kering, lalu berubah menjadi lembab dan membengkak. Hal inilah yang menyebabkan lubang kering tertutup. Penyakit ini juga dapat terjadi karena bahan kimia menyebabkan keratin menjadi basah dan menutupi lubang keringat. Tanda-tanda dari miliaria rubra ini diantaranya adalah rasa gatal yang kadang disertai rasa panas seperti terbakar. Biasanya gejala ini timbul bersamaan dengan rangsang yang menimbulkan keringat. Penyakit ini terdapat pada bagian kulit yang berada pada tempat-tempat tekanan atau gesekan pakaian. Biasanya akan terlihat papul merah atau papul vesikular ekstrafolikular yang sangat gatal dan pedih;
6. Skabies merupakan salah satu penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitiasi terhadap Sarcoptes scabiei varientas hominis dan produknya. Penyakit skabies ditandai dengan adanya ruam, pustul, vesikel dengan krusta, serta adanya terowongan pada kulit. Penyakit ini sering menyebabkan rasa gatal terutama pada malam hari. Di Indonesia, penyakit ini dikenal dengan nama penyakit kudis. Kulit akan terasa sangat gatal di malam hari, dan pada kulit akan ada vesiculae kecil-kecil cair.

Pencegahan adalah tindakan inhibisi terhadap progresivitas penyakit sebelum penyakit terjadi. Tingkat pencegahan penyakit dibagi menjadi 3 yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier.

1. Pencegahan primer Merupakan tingkat pencegahan yang paling awal. Pencegahan ini digunakan untuk menghambat munculnya suatu penyakit selama masa pre patogenesis. Pencegahan primer terdiri dari 2 kategori yaitu: peningkatan kesehatan contohnya adalah perbaikan gizi, pendidikan dan promosi kesehatan terkait perilaku hidup bersih dan sehat agar dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan terkait cara hidup bersih dan sehat. Pencegahan spesifik untuk penyakit kulit, kuku dan rambut adalah menghindari dari paparan penyebab penyakit tersebut (Janah, 2024).
2. Pencegahan sekunder Merupakan tingkat pencegahan yang kedua. Pencegahan ini bertujuan untuk mendiagnosis dini penyakit kulit, kuku dan rambut sehingga penyakit yang sudah ditemukan dapat segera diobati. Pencegahan sekunder dapat mencegah meluasnya penyakit, dapat mencegah disabilitas atau kondisi yang lebih parah. Tindakan yang dilakukan pada Tingkat sekunder adalah skrining kesehatan secara dini dan aktif yang bertujuan untuk mendeteksi keberadaan penyakit kulit, kuku dan rambut secara dini serta pemeriksaan kelompok tertentu yang berisiko tinggi selanjutnya melakukan pengobatan dan perawatan yang efektif (Janah, 2024).
3. Pencegahan tersier merupakan tingkat pencegahan yang ketiga. Tujuan dari pencegahan tahap ketiga adalah untuk mencegah terjadinya kecacatan atau kelainan yang permanen. Upaya yang dapat dilakukan yaitu: pencegahan terjadinya onikolisis yaitu terjadi pelepasan kuku secara mendadak dan meliputi beberapa kuku dan pencegahan terjadinya alopecia atau kebotakan rambut yang mengenai seluruh rambut tubuh, seluruh rambut kepala maupun kebotakan lokalis yang terjadi pada kulit kepala (Janah, 2024).

Beberapa intervensi yang ditujukan untuk mencegah penyakit kulit di Masyarakat atau komunitas diantaranya (Tan, 2015) :

1. Mandi

Salah satu cara untuk mencegah terjadinya penyakit kulit adalah dengan mandi secara teratur. Untuk kenyamanan pribadi dan juga lingkungan pergaulan, maka mandi secara teratur 2 kali sehari merupakan hal yang harus dilakukan. Manfaat dari mandi secara teratur diantaranya adalah menyegarkan badan, mengurangi rasa gelisah, perasaan tidak enak, dan juga mencegah bau badan yang kurang sedap, yang kemungkinan bisa mengganggu interaksi dengan orang lain. Selain untuk kenyamanan fisik, mandi yang teratur juga merupakan kebutuhan integritas dari kulit, sehingga kulit kita akan terhindar dari penyakit kulit yang disebabkan karena infeksi. Karena dengan mandi menggunakan sabun, terutama sabun yang mengandung antiseptic, maka akan membunuh kuman

atau mikroorganisme yang menempel ke tubuh, sehingga mencegah terjadinya infeksi kulit;

2. Memakai Pakaian yang Benar

Pemilihan pakaian yang benar, akan membantu mencegah terjadinya infeksi kulit. Pakaian berfungsi untuk menyerap keringat dan kotoran yang diproduksi oleh tubuh. Jika pakaian kurang bisa menyerap keringat, maka akan berimbasi pada kemampuannya dalam menyerap keringat, sehingga kulit akan menjadi sangat lembab, dan rawan untuk terinfeksi mikroorganisme. Pakaian ini akan bersentuhan langsung dengan kulit, sehingga bila pakaian basah karena keringat tidak segera diganti, maka pakaian tersebut malah akan menjadi kotor dan menjadi media untuk perkembangbiakan mikroorganisme. Jadi, bila kita berkeringat dan pakaian sudah basah terkena keringat, maka sebaiknya kita segera mengganti pakaian tersebut, supaya kulit tidak terlalu lama dalam keadaan basah oleh keringat, sehingga mengurangi risiko terinfeksi mikroorganisme. Selain itu, pakaian yang basah karena keringat bisa menimbulkan bau yang kurang sedap, sehingga bisa mengganggu interaksi kita dengan orang lain dan menimbulkan ketidaknyamanan;

3. Pemakaian Handuk

Handuk yang digunakan sebaiknya diusahakan selalu tetap kering. Handuk yang basah atau lembab dapat menjadi sarang mikroorganisme. Handuk tidak boleh digunakan secara bergantian oleh anggota keluarga. Hal ini disebabkan karena pemakaian handuk yang bergantian dapat menyebabkan berpindahnya mikroorganisme dari satu orang ke orang lain, sehingga hal ini dapat menjadi penyebab terjadinya penularan penyakit kulit. Banyak penelitian yang menyebutkan bahwa pemakaian handuk secara persama-sama dapat mempermudah pindahnya mikroorganisme dari penderita penyakit kulit ke orang lain. Namun hal ini dapat dikurangi dengan cara menjemur handuk di bawah terik matahari, karena panas matahari dapat membunuh sebagian bakteri/jamur yang menempel pada handuk. Maka dari itu, sebaiknya handuk yang selesai dipakai segera dijemur di bawah terik matahari, sehingga tidak lembab dan kuman-kuman yang menempel bisa mati. Selain dijemur, untuk mengurangi risiko penularan penyakit kulit juga bisa dicegah dengan mencuci handuk secara teratur. Handuk yang tidak dicuci dalam jangka waktu yang lama bisa menjadi sarang kuman. Handuk yang jarang dicuci bisa mengandung bakteri dalam jumlah yang sangat banyak, sehingga bila handuk tersebut dipakai orang lain, maka kemungkinan dapat menjadi sarana penularan penyakit kulit ke orang lain;

4. Menjaga Kebersihan Perlengkapan Tidur

Kuman penyebab penyakit kulit bisa juga hidup dan berkembang biak pada perlengkapan tidur, baik itu kasur, sprei, sarung bantal, sarung guling, ataupun selimut. Untuk mencegah penularan infeksi penyakit kulit lewat perlengkapan tidur, ada beberapa hal yang dapat dilakukan, misalnya dengan menjemur kasur secara teratur seminggu sekali. Penjemuran kasur yang teratur di bawah sinar matahari akan mematikan mikroorganisme yang menempel pada kasur. Selain itu, kita juga harus mengganti sprei secara teratur seminggu sekali. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk mencegah penularan penyakit kulit dan juga bisa mengurangi kemungkinan mikroorganisme berkembang biak di perlengkapan tidur kita. Penjemuran dan penggantian perlengkapan tidur, selain untuk tujuan kesehatan, juga akan berpengaruh pada kenyamanan tidur. Kasur yang jarang dijemur atau perlengkapan tidur yang jarang diganti akan mengakibatkan bau yang kurang sedap. Hal ini disebabkan perlengkapan tidur tersebut kemungkinan terkena keringat kita saat tidur, sehingga akan menyebabkan timbulnya bau yang kurang sedap, dan akan mengganggu kenyamanan tidur. Tidur dalam kodisi kurang nyaman juga akan berpengaruh pada kualitas tidur, yang akhirnya dapat mempengaruhi produktifitas kita;

5. Faktor Lingkungan

Selain dari segi hygiene pribadi, faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi terjadinya penyakit kulit. Kualitas dari sarana air bersih dapat berdampak bagi kesehatan kulit. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kualitas air bersih adalah pembuangan air limbah. Beberapa aspek yang mempengaruhi status kesehatan lingkungan masyarakat diantaranya adalah perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih, dan lain sebagainya. Banyak sekali faktor yang harus diperhatikan agar kesehatan lingkungan dapat memenuhi standar yang telah ditetapkan pemeringah. Apabila faktor-aktor tersebut tidak diperhatikan, maka dapat mengganggu tercapainya kesehatan lingkungan yang optimal. Kesehatan lingkungan yang baik juga dapat berpengaruh positif terhadap kondisi elemen-elemen, baik itu hayati maupun non hayati, yang ada di ekosistem. Hal ini bisa sangat berdampak bagi kesehatan masyarakat. Sebagai contoh, misalnya lingkungan di sekitar kita kurang sehat, maka elemen-elemen di dalamnya juga akan sakit sebagai akibat dari kesehatan lingkungan di sekitarnya. Begitu juga sebaliknya, apabila lingkungan di sekitar kita sehat, maka sehat pula elemen-elemen yang ada di dalamnya. Perilaku masyarakat disebut telah banyak mengakibatkan perubahan kondisi lingkungan. Perubahan lingkungan salah satunya dapat mengakibatkan timbulnya sejumlah masalah sanitasi lingkungan, yang salah satu akibatnya adalah timbulnya penyakit kulit.

Perilaku hidup bersih dan sehat adalah serangkaian perilaku yang diperlakukan secara sadar sebagai hasil dari pembelajaran, di mana individu atau keluarga dapat membantu diri mereka sendiri di bidang kesehatan dan memainkan peran aktif dalam mencapai kesehatan yang baik (Patmawati, 2020). Oleh karena itu, bimbingan dan pemberdayaan PHBS dilakukan melalui pendekatan yang tertib seperti ketertiban rumah tangga, ruang publik, pekerjaan dan sekolah.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan cerminan pola hidup keluarga yang senantiasa memperhatikan dan menjaga kesehatan seluruh anggota keluarga. Semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan dapat berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat. Mencegah lebih baik dari pada mengobati, prinsip kesehatan inilah yang menjadi dasar dari pelaksanaan PHBS. Kegiatan Perilaku hidup bersih dan sehat tidak dapat terlaksana apabila tidak ada kesadaran dari seluruh anggota keluarga itu sendiri. Pola hidup bersih sehat harus diterapkan sedini mungkin agar menjadi kebiasaan positif dalam memelihara kesehatan. Beberapa indikator yang digunakan sebagai dasar dalam pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat diantaranya adalah penggunaan air bersih, rutin mencuci tangan dengan air yang mengalir menggunakan sabun, membersihkan lingkungan agar selalu bersih, bebas dari sampah dan sarang nyamuk (Rahmawati, 2012).

Tangan adalah salah satu elemen yang memungkinkan bakteri masuk ke dalam tubuh orang karena tangan adalah bagian tubuh yang paling sering mereka hubungkan dengan mulut dan hidung secara langsung. Perawatan kuku melibatkan pemotongan kuku dan menjaga kuku tetap bersih. Pemotongan kuku biasanya merupakan kebiasaan yang perlu dilakukan setiap orang. Tempat tidur merupakan salah satu media yang dapat menimbulkan berbagai penyakit kulit. Sementara, pakaian adalah salah satu barang yang wajib dimiliki. Pakaian juga bisa menjadi media timbulnya suatu penyakit. Dengan memiliki perilaku hidup bersih dan sehat kebiasaan penggunaan pakaian sangat penting untuk kehidupan kita.

Kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk sikap seseorang ketika merespons suatu penyakit secara umum pada jenis penyakit kulit. Sikap masyarakat sangat penting dalam mencegah terjadinya suatu penyakit di lingkungan yang membutuhkan kebersihan pribadi dan perilaku sehat. Sikap siswa harus mempengaruhi perilaku mereka untuk mencegah penyakit tersebut, terutama di lingkungan tempat mereka tinggal. Tidur bersama, menggantung pakaian kotor dan menumpuk di ruangan adalah salah satu contoh sikap yang

bisa menyebabkan penyakit kulit (Ismail, 2015). Kepadatan stok dapat mempengaruhi proses transfer atau penyebaran penyakit dari satu orang ke orang lain (Abd Farid Lewa, 2015).

C. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah upaya peningkatan pengetahuan kesadaran, kemampuan, dan kemauan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat bagi pribadi, keluarga dan masyarakat umum yang minimal dapat memberikan dampak bermakna terhadap kesehatan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia khususnya dalam peningkatan derajat kesehatan, status gizi, pola hidup, dan pemanfaatan sarana kesetahan lingkungan agar tercapai derajat kesehatan yang optimal (Mubarak, 2012).

Penatalaksanaan PHBS dapat dilakukan pada setiap kegiatan seperti rumah tangga, sekolah/pesantren, tempat kerja, (institusi/sarana kesehatan), tempat-tempat umum, organisasi/lembaga kemasyarakatan, dan lain-lain (Mubarak, 2012). Manusia perlu menjaga kebersihan diri yaitu dengan mandi agar sehat, tidak bau, tidak menyebarkan kotoran atau menyebabkan penyakit bagi diri sendiri

maupun orang lain. PHBS adalah perwujudan paradigma sehat dalam budaya hidup perorangan, keluarga dan masyarakat yang berorientasi sehat, dengan tujuan untuk meningkatkan, memelihara dan melindung kesehatannya baik fisik, mental spiritual maupun sosial. Salah satu indikator PHBS dalam tatanan rumah tangga adalah kebersihan perorangan atau kebersihan diri (Martonah, 2023)

PHBS Dalam Upaya Mencegah Penyakit Kulit pada responden kemungkinan dikarenakan banyaknya responden yang tingkat pendidikannya adalah Madrasah sanawiyah, semakin tinggi tingkat pendidikan santri maka akan semakin baik pengetahuannya. Semakin baik pengetahuan santri maka akan semakin baik perilaku kesehatannya. Selain itu juga, sebagian besar responden dalam kategori usia yang beranjak produktif, sehingga lebih memudahkan responden dalam menerima informasi kesehatan. Selain itu juga responden mungkin terpapar dengan informasi kesehatan yang didapatkan dari menonton TV, membaca koran serta mengikuti penyuluhan kesehatan yang diadakan oleh petugas kesehatan (Martonah, 2023)

Salah satu PHBS yang diterapkan yaitu mandi mencakup frekuensi mandi, pemakaian sabun dan apakah sabun tersebut digunakan sendiri atau digunakan bergantian dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa praktik mandi sebagai salah satu komponen dari praktik kebersihan diri yang dapat memutus rantai penularan penyakit kulit (Afraniza, 2011).

Ada pun praktik kebersihan yang dimaksud meliputi:

1. mandi sekurang-kurangnya dua kali sehari,
2. gunakan sabun dan air yang bersih,
3. cuci pakaian, jilbab dan sarung bantal dengan bersih,
4. gosok seluruh badan dengan sabun semasa mandi, terutamanya di celah-celah ketiak dan selangkang,
5. selesai mandi, lap badan sehingga kering dan cuci terlinga dengan berhati-hati.

Kebiasaan masyarakat di Indonesia yang mandi minimal 2 kali dalam sehari tentu akan membuat handuk akan cepat kotor. Bahkan karena faktor iklim di Indonesia sendiri yang membuat kita harus menjadi lebih sering menggunakan handuk. Semakin sering penggunaan handuk bersama berarti akan semakin banyak jumlah bakteri dan kuman yang berpindah dari tubuh ke handuk.

Kurangnya kesadaran serta pengetahuan mengenai pemakaian handuk yang baik adalah penyebab masalah ini, cara-cara penggunaan handuk antara lain:

1. Jemur handuk yang sudah digunakan dibawah Terik matahari agar kuman yang menempel pada handuk mati,
2. pastikan saat menggunakan kembali handuk sudah dalam keadaan kering, karena jika handuk digunakan dalam kondisi basah, maka akan memicu pertumbuhan jamur dikulit,
3. sebaiknya cuci handuk tiga hari sekali untuk mencegah perkembang biakan bakteri,
4. saat mencuci handuk, usahakan dipisah dengan pakaian lainnya lalu rendam handuk dengan air hangat yang sudah diberi detergen selama 30 menit,
5. saat menggunakan handuk baru sebaiknya dicuci terlebih dahulu sebelum dipakai. Jaga kebersihan handuk dan kesehatan.

Mencuci tangan adalah teknik yang sangat mendasar dalam mencegah dan mengendalikan infeksi, dengan mencuci tangan dapat menghilangkan sebagian besar mikroorganisme yang ada di kulit (Djuanda., 2020). Mencuci tangan adalah dapat menghilangkan sejumlah besar virus dan bakteri yang menjadi penyebab berbagai penyakit, terutama penyakit yang menyerang saluran cerna, seperti diare dan saluran nafas seperti influenza. Hampir semua orang mengerti pentingnya mencuci tangan pakai sabun, namun masih banyak yang tidak membiasakan diri untuk melakukannya dengan benar pada saat yang penting (Umar, 2019).

Banyak penyakit yang ditularkan melalui tangan, tangan merupakan salah satu faktor penularan berbagai jenis penyakit menular, seperti infeksi saluran pernafasan, penyakit kulit, penyakit untuk gangguan pencernaan (diare, muntah) dan berbagai penyakit lainnya yang dapat berpotensi membawa kepada arah kematian. Tangan merupakan salah satu penghantar utama masuknya kuman penyakit ke tubuh manusia. Kontak dengan kuman dapat terjadi di mana saja, melalui meja,gagang

pintu, sendok dan sebagainya. Penelitian bahkan menyebutkan bahwa keyboard komputer diperkantoran dan gagang telepon mengandung lebih banyak kuman daripada di toilet (Kamaruddin, 2019).

Kesalahan dalam melakukan cuci tangan dapat menjadi salah satu penyebabnya. Misalnya kurang bersih dalam mencuci tangan, sehingga masih terdapat sisa bahan kimia yang menempel pada permukaan kulit pekerja ((WHO), 2005). Pemilihan jenis sabun cuci tangan juga dapat berpengaruh terhadap kebersihan sekaligus kesehatan kulit pekerja. Sebaiknya memilih sabun cuci tangan yang dapat menghilangkan bahan kimia tangan namun tidak merusak lapisan pelindung tangan. Jika jenis sabun ini sulit ditemukan dapat menggunakan pelembab tangan setelah mencuci tangan. Usaha mengeringkan tangan setelah dicuci juga dapat berperan dalam mencegah semakin parahnya kondisi kulit karena tangan yang lembab.

Sanitasi lingkungan berkaitan erat pada perilaku menjaga kebersihan dan kesehatan pada lingkungan tempat kita berada. Sanitasi lingkungan bertujuan untuk mencegah diri sendiri maupun lingkungan untuk bersentuhan langsung dengan kotoran atau bahan buangan/limbah lainnya. Ini berarti bahwa sanitasi lingkungan adalah segala sesuatu yang merupakan upaya untuk menjaga kebersihan lingkungan kita. Misalnya membuang sampah pada tempatnya dan melakukan pengolahan sampah dengan baik. Dengan ini sampah tidak menumpuk disekitar tempat tinggal dan menjadi masalah baru yang berdampak negatif terhadap Kesehatan.

Sanitasi adalah suatu upaya pencegahan penyakit yang menitik beratkan kegiatannya kepada usaha-usaha kesehatan lingkungan hidup manusia. Di dalam Undang-Undang Kesehatan No.23 Tahun 1992 pasal 22 disebutkan bahwa kesehatan lingkungan diselenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, yang dapat dilakukan dengan melalui peningkatan sanitasi lingkungan, baik yang menyangkut tempat maupun terhadap bentuk atau wujud substantifnya yang berupa fisik, kimia atau biologisnya termasuk perubahan perilaku.

Kualitas lingkungan yang sehat adalah keadaan lingkungan yang bebas dari resiko yang membahayakan kesehatan dan keselamatan hidup manusia, melalui pemukiman antara lain rumah tinggal dan asrama atau yang sejenisnya, melalui lingkungan kerja atau perkantoran dan kawasan industri atau sejenis. Sedangkan upaya yang harus dilakukan dalam menjaga dan memelihara kesehatan lingkungan adalah objek sanitasi meliputi seluruh tempat kita tinggal/bekerja seperti dapur, restoran, taman, area publik, ruang kantor, rumah, dsb (Sastroasmo, 2018).

Petugas kesehatan merupakan anggota yang sangat penting dalam tim Kesehatan karena pengetahuan yang mereka miliki tentang keadaan setempat.

Sebagai tenaga/petugas kesehatan, kunjungan rumah merupakan tugas tambahan yang penting bagi pemeliharaan kesehatan dan membutuhkan orang tertentu untuk melaksanakan dengan baik (Notoatmodjo, 2019).

Petugas kesehatan adalah seseorang yang memiliki keahlian dan diberikan wewenang untuk memberikan pelayanan kesehatan. Petugas Kesehatan disebut juga tenaga kesehatan yaitu setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan wewenang untuk melakukan upaya tertentu (Etika dan Hukum Kesehatan). Keterlibatan petugas dalam hal ini adalah petugas puskesmas adalah dengan melaksanakan kunjungan rumah terhadap keluarga, yaitu keluarga dari individu pengunjung puskesmas, atau keluarga-keluarga lain yang berada di wilayah kerja puskesmas. Dalam kunjungan rumah ini dikumpulkan semua anggota keluarga dan diberikan informasi berkaitan dengan perilaku yang diperkenalkan. Pemberian informasi dilakukan secara sistematis sehingga anggota

keluarga itu bergerak dari tidak tahu menjadi tahu, dari tahu menjadi mau. Bila sarana untuk melaksanakan perilaku yang bersangkutan tersedia, diharapkan juga sampai tercapai fase mampu melaksanakan (Depkes RI, 2009).

D. Simpulan

Pemeliharaan personal hygiene berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Banyak manfaat yang dapat diperoleh yaitu seperti memperbaiki, merawat kebersihan diri, dan mencegah penyakit. Cara menjaga kesehatan tersebut dapat dilakukan dengan menjaga kebersihan kulit, kebiasaan mencuci tangan dan kuku, frekuensi mengganti pakaian, pemakaian handuk yang tidak bersamaan dengan orang lain, dan frekuensi mengganti sprei tempat tidur. Oleh karena itu penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut: 1) Mengembangkan dan menyediakan pelayanan kesehatan kulit yang komprehensif dan kongruen termasuk Pendidikan Kesehatan tentang perilaku hidup bersih dan sehat yang berkaitan dengan pencegahan penyakit kulit; 2) Mengadvokasi lingkungan dengan memberikan informasi Kesehatan pada program puskesmas melalui petugas Kesehatan dengan kunjungan rumah pada individu, keluarga maupun Masyarakat.

E. Referensi

- (WHO), W. H. (2005). Epidemiology and management of common skin disease in children in developing countries. Diakses dari <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69229>.
- Abd Farid Lewa, K. (2015). Pengetahuan dan Sikap Santri Tentang PHBS dengan Tindakan Penerapan PHBS di Pondok Pesantren Amanah Putra Poso. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(8).
- Afraniza, Y. (2011). Hubungan Antara Praktik Kebersihan Diri dan Angka Kejadian Skabies di Pesantren Kyai Gading Kabupaten Demak. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang.
- Agustina, D. M. (2016). Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Kulit Akibat Infeksi Jamur. *Jurnal Informatika (Juita)*, 4(2).
- Depkes RI. (2009). Indikator Indonesia Sehat 2010. Jakarta.
- Djuanda. (2020). Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi kelima, cetakan kedua. Jakarta: FKUI.
- Effekharjo, Y. B. (2015). Epidemiology and Prevalence of Superficial Fungal Infections among Dormitory Students in Tehran Iran. *JMR*, 2(1): 49–54.
- Fadhilah, A. D. (2012). Perancangan Aplikasi Sistem Pakar Penyakit Kulit Pada Anak dengan Metode Expert System Development Life Cycle. *Jurnal Algoritma*, 9(1).
- Ismail. (2015). Hubungan Higiene Perorangan, Sanitasi Lingkungan dan Riwayat Kontak Dengan Kejadian Skabies. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 10(1): 8–46.
- Janah, R. R. (2024). Dermatologi. CV. Eureka Media Aksara.
- Kamaruddin. (2019). Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Ed.1. Makassar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Kang S, A. M. (2019). Fitzpatrick's Dermatology 9th . McGraw-Hill Educ.
- Kustantie, A. M. (2016). Perilaku Pencegahan Penyakit Terhadap Kejadian Skabies Pada Santri Di Pondok Pesantren Al-Falah Putera . *Dunia Keperawatan*, 4(1): 1–7.
- Martonah. (2023). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Mustafa, A. B. (2015). Prevalensi dan Faktor Resiko Terjadinya Pityriasis versicolor pada Polisi Lalu Lintas Kota Semarang. *JMMM*, 3(1): 6.
- Notoatmodjo, S. (2019). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugerahdita, N. (2009). Prevalensi Penyakit Kulit dan Pengobatannya pada Beberapa RW Di Kelurahan Petamburan Jakarta Pusat. Skripsi S1 Universitas Indonesia, Depok.

- Patmawati, S. (2020). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Hygiene Perseorangan Santri di Pondok Pesantren. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus, 9(2).
- Ratnasari, A. F. (2014). Prevalensi Skabies dan Faktor-faktor yang Berhubungan di Pesantren X, Jakarta Timur. eJKI, 2(1): 7-12.
- Rosana, A. W. (2020). Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Kulit pada Manusia dengan Metode Dempster Shafer. Intelligent System and Computer Vision (J-Cosine),.
- S, B. (2010). Clinical profile of pityriasis versicolor in a referral hospital West Bengal. JPADS, 21(4):248–52.
- Sastroasmo. (2018). asar-dasarMetodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Tan, T. R. (2015). Uji Provokasi Skuama pada Pityriasis Versicolor. CDK, , 42(6): 471–4.
- Taslim W, N. M. (2020). Dermatitis Kontak Alergi. . J Med, 2(2):79-83.
- Umar. (2019). Pengendalian Parasit denganGenetik Host Resistance. Wartazoa.
- Zayyid, M. S. (2010). . Prevalence of Scabies and Head Lice Among Children in a Welfare Home in Pulau Pinang. Trop Biomed, 27(3): 442- 446.

F. Glosarium

PHBS: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

PROFIL PENULIS



Erika Lubis, SKp, MN, Lahir di Tapanuli, 02 April 1968. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Binawan tahun 2003. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada University Technology of Sydney (UTS) Australia dan lulus pada tahun 2007. Selama masa studi, penulis juga berkesempatan bekerja di beberapa Rumah sakit di New South Wales (NSW) sebagai AIN. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1994 sampai 2001 bekerja sebagai Staff Nurse di Surgical Ward, ENT Ward & Surgical Emergency Department Al- Sabah Hospital MOH Kuwait, dan 2010 sampai 2013 bekerja sebagai Dosen Keperawatan di Universitas College Shahputra Kuantan Pahang Malaysia. Saat ini penulis bekerja di Universitas Binawan mengampu Mata Kuliah *Comphrensive Health Asessment (CHA)*, *Essential Pathophysiology*, *Nursing Process & Critical Thinking (Fundamental of Nursing)* serta anggota tim pengajar di beberapa mata kuliah lainnya seperti Keperawatan Komunitas dan Keluarga. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu melakukan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, sebagai penulis buku, dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: erika@binawan.ac.id

Motto: "Life is a journey & Never finish learning"



Eli Indawati, lahir di Tasikmalaya, pada tanggal 07 September 1976. Lulusan Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Perempuan anak kelima dari pasangan Abas Basari dan Lomrah. Pada tahun 2016 mendapat Hibah Kemenristek Dikti kategori PDP kompetitif tingkat Nasional dengan tema TB Paru, dan pada tahun 2022 Hibah Kemenristek Dikti kategori PDP kompetitif tingkat Nasional dengan tema Covid-19. Telah menyusun 12 Monograf dan mendaftarkan Haki dengan konsentrasi Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Gawat Darurat. Aktif di Organisasi Profesi PPNI DPD Jakarta Timur periode Tahun 2016-2020, Pengurus di DPD PPNI DPK PLC Periode tahun 2016-2020, perioden tahun 2020-2024, Periode tahun 2024-2029. Pengurus Hipmebi (Himpunan Keperawatan Medikal Bedah) Pusat Periode 2017-2021. Saat ini bekerja sebagai Dosen Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Abdi Nusantara Jakarta. Pernah Menduduki jabatan struktural sebagai Kepala Program Studi Prodi D III Keperawatan Periode 2017-2020. Kepala Pusat Pengembangan Riset dan Inovasi STIKes Abdi Nusantara periode 2020-2021. Sebagai Sekretaris Program Studi Sarjana Keperawatan Periode tahun 2022- 2024. Sekarang sedang menempuh pendidikan Program Doktoral Keperawatan di Universitas Padjadjaran Jatinangor Sumedang Tahun Ajaran 2024/2025.

PROFIL PENULIS



Widanarti Setyaningsih, SKp.MN. Menyelesaikan pendidikan S1 di FIK- Universitas Indonesia 1997, penulis melanjutkan pendidikan S2 di University Technology Sydney Australia. kemudian penulis sedang melanjutkan pendidikan S3 di Management Science University-Malaysia Sejak tahun 1991 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di FKK-Universitas Binawan. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui email: widanarti@binawan.ac.id

Pesan untuk para pembaca:

Jangan pernah berhenti untuk belajar, jadikan dirimu bermanfaat.



Ns. Zubaida Rohmawati, S.Kep., MPH Lahir di Ngawi, 01 Januari 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan dan Profesi Ners, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada BRAC University-James P Grant School of Public Health dan lulus tahun pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2022 sebagai dosen Keperawatan dan Profesi Ners. Saat ini penulis bekerja di Universitas 'Aisyiyah mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Gerontik, dan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (PKDM). Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: zubaidarohmawati@unisayogya.ac.id
Motto: *Berdaya untuk Mengabdi; Berkarya untuk Memberi Manfaat*

PROFIL PENULIS



Dr. Drs. Supriadi, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom. Lahir di Garut, 15 Juli 1964. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di PSIK FK Universitas Padjadjaran Bandung, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas di FIK Universitas Indonesia Jakarta, dan Pendidikan Doktoral Bidang Pendidikan Masyarakat di Universitas Pendidikan Indonesia Bandung. Pengalaman mengajar dimulai sejak tahun 1988 dalam Bidang Keperawatan, meliputi Keperawatan Dasar (Falsafah & Teori Keperawatan, Kebijakan Kesehatan) serta Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik (KKG). Penulis juga aktif sebagai peneliti, pelaksana pengabdian kepada masyarakat, penulis buku serta nara sumber terkait pengembangan keperawatan kesehatan masyarakat dan penjaminan mutu pendidikan tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui email: supriadifalah@gmail.com

Pesan untuk pembaca:

Jadilah insan yang penuh manfaat untuk orang banyak, tidak ada kata malas membaca untuk hidup penuh arti dan bermanfaat.



Ns. Putri Mayang Sari, S.Kep., M.K.M Lahir di Baturaja, 13 Juni 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 pada Akademi Keperawatan Al-Ma'arif Baturaja tahun 2008, S1 pada Program Studi Keperawatan dan Profesi di STIK Siti Khadijah Palembang tahun 2014. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat pada STIK Bina Husada dan lulus tahun pada tahun 2022. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2015. Saat ini penulis bekerja di STIKes Al-Ma'arif Baturaja Program Studi D-III Keperawatan mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Promkes, Kebijakan Kesehatan, Home Care, Komunikasi. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis publikasi, seminar, pelatihan diantaranya Publikasi jurnal tentang Analisis Perilaku Kesehatan terhadap Pelayanan Vaksinasi Covid-19 di Puskesmas Tanjung Agung, Hubungan Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Manajemen Diabetes Mellitus Tipe 2, Pelatihan : *Inhouse Training Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*, *Workshop Audit Mutu internal dan Sistem Penjaminan Mutu Internal*, Seminar : *The Development of Nursing Homecare Implementation in Various Country Perspectives Taiwan, United Stated, And Indonesia*. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: pmayangsari3@gmail.com

Motto: "Be Your Self"

Sinopsis

Buku **Bunga Rampai Keperawatan Komunitas dalam Program Kesehatan Preventif dan Kuratif** mengangkat peran penting perawat komunitas dalam mendukung program kesehatan yang berfokus pada pencegahan dan perawatan. Buku ini disusun untuk memberikan wawasan yang komprehensif tentang berbagai masalah kesehatan yang dihadapi komunitas, mulai dari deteksi dini penyakit kardiovaskular, peningkatan kualitas hidup penderita HIV/AIDS, hingga peran perawat dalam skrining kanker serviks. Dengan pendekatan yang berbasis pada kebutuhan masyarakat, buku ini membahas berbagai strategi, tantangan, dan solusi dalam implementasi program kesehatan preventif dan kuratif, serta kontribusi perawat dalam mengelola masalah kesehatan yang ada di tingkat komunitas.

Dalam buku ini, setiap bab memberikan pengetahuan mendalam tentang topik-topik terkait kesehatan masyarakat. Bab pertama membahas deteksi dini penyakit kardiovaskular yang menjadi salah satu isu penting di Indonesia. Bab kedua mengupas peran keperawatan komunitas dalam meningkatkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS melalui edukasi dan dukungan psikososial. Sementara itu, bab ketiga memfokuskan pada peran perawat dalam program skrining kanker serviks sebagai bagian dari upaya pencegahan kanker pada perempuan. Setiap bab diisi dengan teori, studi kasus, dan best practices yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas di lapangan, serta dilengkapi dengan tantangan yang mungkin dihadapi dalam implementasi program kesehatan tersebut.

Buku ini juga mencakup topik-topik penting lainnya, seperti pencegahan cedera di komunitas, perawatan penyakit kronis berbasis rumah, serta program kesehatan untuk penyakit kulit. Dengan pendekatan yang holistik, buku ini tidak hanya memberikan pemahaman tentang peran perawat dalam konteks kuratif, tetapi juga menekankan pentingnya pencegahan untuk menciptakan masyarakat yang lebih sehat. Sebagai referensi, buku ini sangat relevan bagi para praktisi keperawatan, akademisi, dan masyarakat luas yang ingin memahami bagaimana keperawatan komunitas dapat berperan dalam meningkatkan kesehatan di tingkat komunitas.

Buku Bunga Rampai Keperawatan Komunitas dalam Program Kesehatan Preventif dan Kuratif mengangkat peran penting perawat komunitas dalam mendukung program kesehatan yang berfokus pada pencegahan dan perawatan. Buku ini disusun untuk memberikan wawasan yang komprehensif tentang berbagai masalah kesehatan yang dihadapi komunitas, mulai dari deteksi dini penyakit kardiovaskular, peningkatan kualitas hidup penderita HIV/AIDS, hingga peran perawat dalam skrining kanker serviks. Dengan pendekatan yang berbasis pada kebutuhan masyarakat, buku ini membahas berbagai strategi, tantangan, dan solusi dalam implementasi program kesehatan preventif dan kuratif, serta kontribusi perawat dalam mengelola masalah kesehatan yang ada di tingkat komunitas.

Dalam buku ini, setiap bab memberikan pengetahuan mendalam tentang topik-topik terkait kesehatan masyarakat. Bab pertama membahas deteksi dini penyakit kardiovaskular yang menjadi salah satu isu penting di Indonesia. Bab kedua mengupas peran keperawatan komunitas dalam meningkatkan kualitas hidup penderita HIV/AIDS melalui edukasi dan dukungan psikososial. Sementara itu, bab ketiga memfokuskan pada peran perawat dalam program skrining kanker serviks sebagai bagian dari upaya pencegahan kanker pada perempuan. Setiap bab diisi dengan teori, studi kasus, dan best practices yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas di lapangan, serta dilengkapi dengan tantangan yang mungkin dihadapi dalam implementasi program kesehatan tersebut.

Buku ini juga mencakup topik-topik penting lainnya, seperti pencegahan cedera di komunitas, perawatan penyakit kronis berbasis rumah, serta program kesehatan untuk penyakit kulit. Dengan pendekatan yang holistik, buku ini tidak hanya memberikan pemahaman tentang peran perawat dalam konteks kuratif, tetapi juga menekankan pentingnya pencegahan untuk menciptakan masyarakat yang lebih sehat. Sebagai referensi, buku ini sangat relevan bagi para praktisi keperawatan, akademisi, dan masyarakat luas yang ingin memahami bagaimana keperawatan komunitas dapat berperan dalam meningkatkan kesehatan di tingkat komunitas.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7139-96-2



9 786347 139962